

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

**PERCURSO PARA A AVALIAÇÃO DA QUALIDADE
EM UNIDADES DE INTERNAMENTO:
RESPOSTA PARA A REABILITAÇÃO**

DISSERTAÇÃO

Orientação:

Doutora Maria Manuela Ferreira Pereira Silva Martins

Co-orientação:

Mestre Maria Narcisa da Costa Gonçalves

José Augusto Pereira Gomes

Porto | 2011

AGRADECIMENTOS

À Prof. Dra. Maria Manuela Martins, orientadora e amiga, pelo apoio e estímulo ao longo da investigação, assim como, pela sua constante disponibilidade para o aprimoramento do estudo.

A Direcção do Hospital de São João, que viabilizou a realização do estudo.

Aos participantes no estudo, pela amabilidade em partilhar connosco as suas opiniões

À Carla ..., ela sabe porquê. E aos nossos filhos pelo tempo que lhes retirei ...

A todos aqueles, que de alguma forma, me acompanharam, ajudaram e contribuíram para a consecução deste percurso.

ABREVIATURAS

APCER	Associação Portuguesa de Certificação
CFP	Contracto em Funções Publicas
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CIT	Contracto Individual de Trabalho
EFQM	<i>European Foundation for Quality Management</i>
EGA	Equipa de Gestão de Altas
GQT	Gestão da Qualidade Total
IAQERUI	Instrumento de Avaliação da Qualidade da Enfermagem de Reabilitação em Unidades de Internamento
ISO	<i>International Organisation for Standardisation</i>
MCQ	Melhoria Contínua da Qualidade
OE	Ordem dos Enfermeiros
PDCA	<i>Plan, Do, Check, Act</i>
PNS	Plano Nacional de Saúde
REPE	Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem
RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
SGQ	Sistemas de Gestão da Qualidade
WHO	<i>World Health Organization</i>

ÍNDICE

PARTE I.....	15
INTRODUÇÃO.....	17
1. A PROBLEMÁTICA DA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE NA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO.....	21
1.1. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE: O ESTADO DA ARTE.....	27
2. O TRABALHO DE CAMPO: CAMINHOS PARA A QUALIDADE.....	31
2.1. DESENHO DA INVESTIGAÇÃO	32
2.2. CONTEXTO E PARTICIPANTES	34
2.3. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS	36
2.4. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	39
2.5. ESTRATÉGIAS PARA A ANÁLISE DOS DADOS	40
PARTE II.....	43
3. A QUALIDADE EM SAÚDE: OS DADOS PARA A ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO.....	45
3.1. A EVOLUÇÃO DA QUALIDADE.....	46
3.2. PRECURSORES DA QUALIDADE	49
3.3. RUMANDO PARA UMA CULTURA DE EXCELÊNCIA	54
3.4. O MODELO DE EXCELÊNCIA	57
3.5. AS NORMAS ISO.....	60
3.6. A QUALIDADE EM SERVIÇOS DE SAÚDE.....	61
3.7. OS SISTEMAS DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE EM SERVIÇOS DE SAÚDE	64
3.8. A ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	72
4. CONTRIBUTOS DA ESTRUTURA PARA A MELHORIA DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO.....	77
5. PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO.....	97
6. UM OLHAR SOBRE A FORMA COMO OS ENFERMEIROS DE REABILITAÇÃO AVALIAM OS RESULTADOS.....	117

7. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE: DOS DISCURSOS Á CONCRETIZAÇÃO DA QUALIDADE	127
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	135
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	139
ANEXOS.....	145
ANEXO 1: GUIÃO DA ENTREVISTA	147
ANEXO 2: CONSENTIMENTO INFORMADO.....	155
ANEXO 3: AUTORIZAÇÃO DA DIRECÇÃO DE ENFERMAGEM DO HOSPITAL DE SÃO JOÃO, EPE, PARA A REALIZAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO.	159
ANEXO 4: PROPOSTA DE INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO EM UNIDADES DE INTERNAMENTO (IAQUERUI)	165

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: Caracterização da Amostra	36
QUADRO 2: Evolução histórica do conceito da qualidade	47
QUADRO 3: Critérios de Excelência segundo a EFQM	58
QUADRO 4: Ganhos internos e externos da qualidade	65
QUADRO 5: Achados das entrevistas referentes ao espaço físico	80
QUADRO 6: Achados das entrevistas referentes ao ambiente de trabalho	81
QUADRO 7: Achados das entrevistas referentes à actualização de equipamentos	81
QUADRO 8: Achados das entrevistas referentes aos equipamentos imprescindíveis	83
QUADRO 9: Achados das entrevistas referentes à necessidade de improviso	84
QUADRO 10: Achados das entrevistas referentes à dotação dos enfermeiros de reabilitação	86
QUADRO 11: Achados das entrevistas referentes aos enfermeiros	87
QUADRO 12: Achados das entrevistas referentes aos médicos	88
QUADRO 13: Achados das entrevistas referentes aos técnicos de saúde	90
QUADRO 14: Achados das entrevistas referentes às assistentes operacionais	91
QUADRO 15: Achados das entrevistas referentes aos tipos de formação	92
QUADRO 16: Achados das entrevistas referentes aos processos de formação	93
QUADRO 17: Achados das entrevistas referentes aos á investigação	94
QUADRO 18: Achados das entrevistas referentes aos protocolos de actuação	95
QUADRO 19: Achados das entrevistas referentes à colheita de dados	100
QUADRO 20: Achados das entrevistas referentes à documentação da avaliação inicial	101
QUADRO 21: Achados das entrevistas referentes ao estabelecimento de prioridades	101
QUADRO 22: Achados das entrevistas referentes ao plano assistencial	102
QUADRO 23: Achados das entrevistas referentes á alimentação	103
QUADRO 24: Achados das entrevistas referentes á eliminação	104
QUADRO 25: Achados das entrevistas referentes á, mobilidade	105
QUADRO 26: Achados das entrevistas referentes á promoção da autonomia	106
QUADRO 27: Achados das entrevistas referentes à cinesioterapia respiratória	107
QUADRO 28: Achados das entrevistas referentes à prevenção de riscos	108
QUADRO 29: Achados das entrevistas referentes à interacção com a família	110
QUADRO 30: Achados das entrevistas referentes à promoção da interacção social	111
QUADRO 31: Achados das entrevistas referentes à rede de suporte	112
QUADRO 32: Achados das entrevistas referentes aos processos de gestão	113
QUADRO 33: Achados das entrevistas referentes à continuidade do processo de reabilitação	114

QUADRO 34: Achados das entrevistas referentes aos resultados no doente.....	116
QUADRO 35: Classificação de resultados segundo Donabedian	118
QUADRO 36: Achados das entrevistas referentes às auditorias	120
QUADRO 37: Achados das entrevistas referentes às escalas validadas	121
QUADRO 38: Achados das entrevistas referentes a ganhos em saúde	123
QUADRO 39: Achados das entrevistas referentes à satisfação do doente e família.....	124
QUADRO 40: Achados das entrevistas referentes á avaliação de desempenho	125

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Fusão do modelo de Donabedian com o ciclo PDCA de Deming	26
FIGURA 2: Desenho do estudo.....	34
FIGURA 3: Ciclo PDCA de Deming	51
FIGURA 4: Princípios, benefícios e condicionantes da Gestão da Qualidade Total	56
FIGURA 5: Modelo de Excelência da EFQM.....	59
FIGURA 6: Modelo de SGQ das Normas ISO 9001: 2000.....	60
FIGURA 7: Componentes da qualidade nos cuidados de saúde	67
FIGURA 8: Aspectos para a avaliação da qualidade	69
FIGURA 9: Relação entre estrutura, processo e resultado no âmbito da enfermagem de reabilitação	71
FIGURA 10: Enfermeiros activos na Ordem dos Enfermeiros em 2010	75
FIGURA 11: Categorias e subcategorias associadas à Estrutura	79
FIGURA 12: Categorias e subcategorias associados ao Processo	98
FIGURA 13: Categorias e subcategorias do Resultado	119
FIGURA 14: Avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação em unidades de internamento de medicina	132

PERCURSO PARA A AVALIAÇÃO DA QUALIDADE EM UNIDADES DE INTERNAMENTO: RESPOSTA PARA A REABILITAÇÃO

RESUMO

A Avaliação da qualidade tem vindo a ser uma preocupação crescente dos serviços de saúde, que ao longo dos últimos anos vem transferindo alguns modelos e métodos de avaliação da qualidade da indústria para a saúde. Esta sensibilização é visível nas competências do enfermeiro especialista (Regulamento nº 122/2011), onde assume entre outras competências comuns a melhoria contínua da qualidade dos cuidados. A enfermagem de reabilitação, sendo uma área da enfermagem que exige conhecimentos específicos, a nível técnico e conceptual, necessita de instrumentos de avaliação da qualidade, pelo que nos questionámos: **“Que aspectos são necessários integrar para avaliar a qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação em unidades de internamento de medicina?”**

Com este estudo, para além do interesse em desenvolver conhecimentos conceptuais na área da gestão da qualidade em saúde, pretendeu-se efectuar um percurso para identificar factores que contribuam para a qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação em unidades de internamento, identificar instrumentos utilizados na avaliação da qualidade e conceber um caminho para a criação de um instrumento de avaliação para a prática de cuidados de enfermagem de reabilitação.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, realizada nos serviços de medicina de um hospital do norte do país, através de entrevistas semi-estruturadas, a 12 enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, durante o mês de Fevereiro de 2011.

Os resultados que emergem das narrativas dos participantes traduzem-se por um conjunto de atributos que ilustram o modelo proposto por Donabedian, baseado em três componentes do cuidado em saúde: Estrutura, Processo e Resultado, a par com o conhecido ciclo de melhoria contínua proposto por Deming.

Após a análise do conteúdo das narrativas, segundo o modelo de Bardin (2004), os resultados que emergem, das narrativas dos participantes organizam-se em 12 áreas temáticas, com 35 categorias e 138 subcategorias. Face à Estrutura emergem 5 temas com 14 categorias, no tema Processo emergem 4 temas com 16 categorias e nos Resultados emergem 3 temas com 5 categorias.

Neste percurso, foi sentido ao longo das entrevistas, a necessidade de uma cultura de qualidade, o que reforça a necessidade de formação e envolvimento dos profissionais numa política de melhoria contínua da qualidade.

Da análise do conteúdo das entrevistas dos participantes afluíram um conjunto de elementos considerados fundamentais para a qualidade da Enfermagem de Reabilitação e que foram indispensáveis para desenhar um instrumento de Avaliação da Qualidade da Enfermagem de Reabilitação em Unidades de Internamento (IAQERUI).

Palavras-chave: Enfermagem, Reabilitação, Qualidade

PATHWAY TO ASSESSING QUALITY IN INPATIENT UNITS: RESPONSE TO REHABILITATION

ABSTRAT

Assessment the quality has been a growing concern of health services, which over the past years has been transferring some models and methods for evaluating the quality of the health industry. This awareness is apparent on the competences of nurse specialist (Regulation nº 122/2011), which assumes among other common skills the continuous improvement of quality of care. Nursing rehabilitation, being an area of nursing requires expertise in technical and conceptual tools requires accurate assessment of the quality, so we ask ourselves, "What characteristics are necessary to integrate to assess the quality of nursing care rehabilitation in inpatient units of medicine?"

With this study, in addition to interest in developing conceptual knowledge in the area of quality management in health, we sought to make a journey to identify factors that contribute to the quality of nursing care for rehabilitation in inpatient units, identify instruments used in quality assessment and devise a way to create an assessment instrument for the practice of rehabilitation nursing care.

It is a qualitative research, conducted in the medical services in a North hospital, through semi-structured interviews. 12 nurse specialists in rehabilitation nursing during the month of February 2011.

The results emerged from the narratives of the participants translate into a set of attributes that illustrate the model proposed by Donabedian, based on three components of health care: structure, process and outcome, along with the familiar cycle of continuous improvement proposed by Deming.

After analyzing the content of the narratives, following the model of Bardin (2004), the results that emerge from the narratives of the participants are organized into 12 thematic areas, with 35 categories and 138 subcategories. Given the Structure 5 themes emerged with 14 categories. In the subject Process 4 themes emerged with 16 categories and in the component Result 3 themes emerge in 5 categories.

During this study, we felt throughout the interviews, the need for a culture of quality, which reinforces the need for training and professional involvement in a policy of continuous quality improvement.

Through the Content analysis of interviews of the participants it was visible a set of elements considered essential to the quality of nursing and rehabilitation and that were essential to design an instrument for Quality Assessment of Rehabilitation Nursing in Inpatient Units (IQARNIU).

Keywords: Nursing, Rehabilitation, Quality

PARTE I

INTRODUÇÃO

Uma ciência como a enfermagem, não se pode afirmar nem se desenvolver na sociedade actual sem um corpo de conhecimentos próprio. O percurso da profissão até hoje coloca os enfermeiros numa posição privilegiada para responder a alguns dos imensos desafios que as tendências do Sistema de Saúde permitem vislumbrar para amanhã (Vieira, 2007), de entre os quais, clarificar a natureza dos cuidados de enfermagem evidenciando atributos da qualidade destes cuidados.

A Ordem dos Enfermeiros (OE), associação que congrega todos os profissionais de Enfermagem que trabalham em Portugal, criada em 1996, publica nesse mesmo ano o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), documento este, que viria a definir alguns conceitos basilares para a profissão como: enfermagem, enfermeiro, enfermeiro especialista e cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

O enfermeiro especialista, com um conhecimento num domínio específico de enfermagem, assume entre outras competências comuns a melhoria contínua da qualidade dos cuidados (Regulamento nº 122/2011). Pelo que, a enfermagem de reabilitação como especialidade da enfermagem precisa fazer emergir os elementos determinantes da qualidade dos seus cuidados, numa perspectiva de melhoria contínua da qualidade. “A reabilitação, enquanto especialidade multidisciplinar, compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência” (Regulamento nº 125/2011, p. 8659). Porém, nenhuma profissão poderá conhecer um desenvolvimento contínuo sem o contributo da investigação, e cada profissão deve ser capaz de fornecer aos seus membros uma base de conhecimentos teóricos sobre a qual assenta a sua prática, fornecer serviços de qualidade às pessoas e aos grupos comunitários (Fortin, 2009).

A imprescindibilidade deste tema é ainda justificada pelas competências do enfermeiro especialista, descritas no âmbito do Regulamento nº 125/2011, onde é referido, entre

outras unidades de competência, a necessidade de avaliar a qualidade dos cuidados de enfermagem nas vertentes de estrutura, processo e resultado.

A introdução de modernas técnicas e modelos de gestão e o recurso a novos instrumentos e métodos de avaliação dos serviços de saúde com o objectivo de imprimir eficiência, eficácia e rigor na gestão dos recursos, assim como corresponder às expectativas dos utentes, exige responsabilidades acrescidas aos profissionais dos serviços de saúde como vem sendo ampla e continuamente reconhecido, nomeadamente aos enfermeiros.

Na antiguidade já se identificavam alguns aspectos que actualmente estão associados à qualidade, no entanto, a qualidade como conceito só surgiu na década de 50 com Juran e Deming (Pinto, et. al., 2009). Os primeiros estudos foram desenvolvidos para o sector da indústria, mais tarde, porém, deixou de ser uma preocupação exclusiva deste sector de actividade e passou a ser uma prioridade para todas as organizações, inclusive as da saúde, que procuravam o desenvolvimento e uma saída para os problemas crónicos com que se debatiam (Mezomo, 2001).

No âmbito do mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem do Porto, pretendemos efectuar um estudo sobre a qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação nos serviços de medicina de uma Instituição Hospitalar Pública do Norte de Portugal.

O desenvolvimento deste trabalho orienta-se no sentido de obter respostas à questão: **“Que aspectos são necessários integrar para avaliar a qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação em unidades de internamento de medicina?”** tendo por referência o estado actual da arte na avaliação da qualidade em serviços de saúde.

Com este estudo, para além do interesse em desenvolver conhecimentos conceptuais na área da gestão da qualidade em saúde, temos também, a pretensão de efectuar um percurso para identificar factores que contribuam para a qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação em unidades de internamento hospitalar, que instrumentos são utilizados para a qualidade e conceber um caminho para a criação de um instrumento de avaliação do trabalho realizado pelos enfermeiros de reabilitação.

Neste documento pretendemos apresentar, para além dos resultados da pesquisa, o processo de aprendizagem desenvolvido em torno da metodologia qualitativa e da organização levada a cabo com o método que seleccionamos.

Este trabalho está organizado em oito capítulos. No primeiro capítulo centrámos a nossa atenção na problemática da avaliação da qualidade na enfermagem de reabilitação. No

segundo capítulo é apresentada a descrição sistemática dos aspectos metodológicos. O capítulo seguinte é útil para a conceptualização do estudo. Os capítulos quatro, cinco e seis integram os atributos referentes à estrutura, ao processo e ao resultado respectivamente.

Por conseguinte o capítulo sete integra a discussão dos resultados. E, por último, apresentamos as considerações finais.

Ao longo do estudo, foram surgindo muitos obstáculos, pessoais e profissionais, que foram sendo ultrapassados graças à motivação pessoal que foi imposta em torno deste projecto e á preciosa colaboração consagrada pela orientadora, a Professora Doutora Maria Manuela Martins, assim como da co-orientadora, a Mestre Narcisa Gonçalves.

1. A PROBLEMÁTICA DA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE NA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Numa primeira análise e no abstracto a qualidade em saúde é sempre um processo complexo quer pela especificidade de recursos e de processos, mas também, pela subjectividade de avaliação de resultados, isto porque, em causa estão pessoas e assim o problema ainda é mais complexo, daí a primeira razão para dar início á investigação.

Uma investigação científica inicia-se com uma situação problemática, inquietante ou enigmática, isto é, como “um problema que o pesquisador gostaria de resolver, ou uma questão que ele gostaria de responder” (Fortin, 2009, p. 104), considerando a problemática como “a abordagem ou a perspectiva teórica que decidimos adoptar para tratarmos o problema formulado pela pergunta de partida” (Quivy, et. al., 1998, p. 89).

A problemática, segundo os autores, é uma operação que se divide em dois momentos. O primeiro momento decorrente da revisão bibliográfica, exploração de leituras, entrevistas e do balanço dos diferentes aspectos do problema levantado, assim como, elucidar os seus pressupostos e reflectir nas suas implicações metodológicas. O segundo momento consiste em escolher e construir a nossa problemática. Por sua vez, Vilelas (2009, p. 76) acrescenta que as etapas de uma investigação “entrelaçam-se e complementam-se de tal modo que nos obrigam a efectuar constantes revisões de todos os aspectos anteriores.”

O Plano Nacional de Saúde (PNS) 2004-2010 (Direcção Geral da Saúde, 2004), acerca da actual situação da qualidade da prestação de serviços de saúde, identifica uma visível escassez de cultura de qualidade do nosso sistema de saúde e insuficiente divulgação de experiencias avaliadas que evidenciem sinais de sucesso. Por outro lado, identifica a existência de um défice organizacional dos serviços de saúde a nível da prestação dos profissionais e da adequação dos contextos organizacionais.

A falta de indicadores de desempenho válidos e fiáveis que apoiem a gestão estratégica e operacional do sistema de saúde é um reconhecimento do PNS. Assim como, admite a existência de um insuficiente apoio estruturado às áreas de diagnóstico e decisão terapêutica de forma a reduzir a variabilidade não desejada e reforçar a adopção de boas práticas das diferentes competências intervenientes na prestação de cuidados de saúde.

Por isso, o PNS 2004-2010, com a intenção de reduzir as limitações detectadas, aponta a necessidade de intervenções e orientações estratégicas para melhoria da qualidade da prestação dos cuidados de saúde e para a melhoria da qualidade organizacional dos serviços de saúde, a promoção de medidas de implementação de programas de saúde, a aposta na acreditação, a formação de auditores na área da qualidade e o esforço na qualidade da gestão baseada nos princípios da qualidade total. Por outro lado, o plano recomenda a realização de avaliações acerca da satisfação dos utentes, do grau de satisfação dos profissionais dos serviços de saúde e a avaliação de indicadores de desempenho das unidades de cuidados críticos, assim como, a dinamização e apoio ao desenvolvimento de normas de orientação clínica para as profissões técnicas de vocação assistencial e a abordagem explícita da problemática do erro médico (Direcção Geral da Saúde, 2004).

Reconhecendo os objectivos do PNS 2004-2010, para a sedimentação de uma cultura de melhoria contínua da qualidade, o PNS 2011-2016, em discussão, vem admitir que ainda “subsiste uma variabilidade preocupante na prática médica, problemas de acesso, de continuidade de cuidados, atrasos na implementação de boas práticas, negligências com impacte mediático e na saúde dos doentes, um défice de cultura de avaliação e de monitorização e uma ampla margem de melhoria dos cuidados que hoje prestamos aos nossos doentes” (Campos et. al., 2010, p. 10).

O PNS 2011-2016 assume-se como um documento de continuidade do PNS 2004-2010 tendo em vista a maximização dos ganhos em saúde da população “através do alinhamento e integração de esforços sustentáveis de todos os sectores da sociedade, com foco no acesso, qualidade, políticas saudáveis e cidadania” (Alto Comissariado da Saúde, 2010, p. 5).

No que diz respeito á qualidade, o próximo plano aponta como determinantes para a qualidade em saúde, a formação pós-graduada, a investigação clínica, o estabelecimento de padrões de qualidade, a monitorização e definição de indicadores e a avaliação interna e externa com posterior comparação entre prestadores. Considerando a qualidade em saúde

como um “processo de melhoria contínua e sistemática que incorpora experiência e conhecimento e se baseia na autonomia dos agentes e no envolvimento e partilha de responsabilidades com o destinatário” (Alto Comissariado da Saúde, 2010, p. 18). Já para Campos et. al. (2010, p. 12), citando a proposta do Programa Ibérico (1990), a qualidade dos cuidados de saúde consiste na “prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional óptimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação dos utentes.”

Por sua vez, a Ordem dos Enfermeiros (2002, p. 11) salienta que, a necessidade de implementar sistemas de qualidade em saúde está formalmente assumida por instâncias internacionais como a Organização Mundial de Saúde e o Conselho Internacional de Enfermeiros, assim como, por organismos nacionais. Por outro lado, considera prioritário a implementação de sistemas de qualidade em saúde, assumindo o Conselho de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2002, p. 3) o papel de conciliar “esforços tendentes á definição estratégica de um caminho que vise a melhoria continua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros” e acrescenta que “a qualidade exige reflexão sobre a prática – para definir objectivos do serviço a prestar, delinear estratégias para os atingir” (Ordem dos Enfermeiros, 2002, p. 5) e às instituições de saúde cabe o papel de criar as condições, adequando os recursos e criando as estruturas, que promovam o exercício profissional de enfermagem de qualidade.

Como padrões de qualidade, a Ordem dos Enfermeiros (2002) definiu seis categorias de enunciados descritivos, que passamos a descrever: a satisfação do cliente; a promoção da saúde; a prevenção de complicações; o bem-estar e o auto cuidado; a readaptação funcional; e a organização dos cuidados de enfermagem.

Por sua vez, Hesbeen (2001, p. 43) considera como componentes essenciais a um cuidar de qualidade “o acolhimento, o ouvir, a disponibilidade e a criatividade dos prestadores de cuidados associada aos conhecimentos de natureza científica e às competências técnicas”.

Considerando a investigação como “um componente essencial da prática de enfermagem” (Catanzaro in Hoeman, 2000, p. 51), então, “o processo da investigação deve ser considerado por todas as enfermeiras como parte integrante da profissão” (Fortin, 1999, p. 31), vindo a Ordem dos Enfermeiros (2006, p. 2) defender que “a Investigação em Enfermagem é um pilar fundamental” da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem e que esta “é um processo sistemático, científico e rigoroso que procura incrementar o conhecimento nesta disciplina, respondendo a questões ou resolvendo

problemas para benefício dos utentes, famílias e comunidades.” (Ordem dos Enfermeiros, 2006, p. 2)

A Ordem dos Enfermeiros (2006, p. 1) não deixa dúvidas, quando afirma que “São sobretudo a Investigação Clínica, Aplicada e a Investigação/Ação aquelas que melhor contribuem para dar uma consistência científica, pela garantia oferecida relativamente á incorporação dos resultados na prática clínica quotidiana dos enfermeiro” e complementa que “O conhecimento adquirido pela investigação em Enfermagem é utilizado para desenvolver uma prática baseada na evidência, melhorar a qualidade dos cuidados e otimizar os resultados em saúde” (Ordem dos Enfermeiros, 2006, p. 1) e os enfermeiros no processo de tomada de decisão e na fase da realização de intervenções de enfermagem devem incorporar os resultados da investigação na sua prática.

Na tomada de posição, quanto á investigação em enfermagem, a Ordem dos Enfermeiros (2006) enuncia quatro eixos prioritário de investigação: a adequação dos cuidados de enfermagem quer gerais, quer especializados às necessidades do cidadão; a educação para a saúde na aprendizagem de capacidades; as estratégias inovadoras de gestão e liderança; e a formação em enfermagem no desenvolvimento de competências.

No que diz respeito á enfermagem de reabilitação Catanzaro in Hoeman (2000, p. 52), crê que a “qualidade e eficácia dos cuidados prestados pelos enfermeiros de reabilitação dependem dos achados da investigação” e que os enfermeiros de reabilitação, “só através de um estudo sistemático, rigoroso e erudito dos fenómenos que influenciam a prática,” é que podem construir a sua base de conhecimento. Por sua vez, Hoeman (2000, p. 20) acrescenta que os enfermeiros de reabilitação têm “a responsabilidade de desenvolver instrumentos e conceitos teóricos acerca dos cuidados”. E mais, alega que é obrigação dos enfermeiros de reabilitação em “promover as intervenções preventivas na enfermagem de reabilitação, não só para assegurar que os utentes mantêm as capacidades funcionais, para evitar mais incapacidade e para prevenir complicações, como defender o seu direito á qualidade de vida, á socialização e á dignidade” (Hoeman, 2000, p. 20).

A enfermagem de reabilitação pode ser entendida como a especialidade que se ocupa “da reabilitação de pessoas com handicaps físicos, permanentes ou temporários com o intuito de restaurar o seu funcionamento individual normal ou adaptar a pessoa a uma nova situação de vida relacionado com a vertente da funcionalidade corporal, com o intuito de manter a sua qualidade de vida” (wikipédia, 2010).

Por outro lado, Leite (2005, p. 93), considera a reabilitação como um “processo dinâmico, orientado para a saúde, que auxilia o indivíduo que está enfermo ou incapacitado para atingir seu maior nível possível de funcionamento físico mental, espiritual, social e económico.” E Faro (2006) acrescenta que, a ênfase da enfermagem de reabilitação está dirigida para a restauração da independência ou recuperação do doente para o nível de função pré-incapacidade ou anterior á doença, no menor tempo possível. Além de que, pode ser uma estratégia de cuidar em enfermagem voltada para a prevenção de complicações de doenças passíveis de provocar incapacidade.

Por sua vez, Gomes, B. (2006, p. 194) defende que a especialização em enfermagem de reabilitação contribui para o desenvolvimento dos cuidados de enfermagem em diversas áreas, nomeadamente: “a conceptualização de novas abordagens de prestação de cuidados de enfermagem; a aplicação de conhecimentos e técnicas adequadas às situações; a participação na coordenação de equipas; planear e organizar actividades de formação; realizar e participar em estudos de investigação; coordenar equipas de saúde; promover a reflexão sobre as práticas e elaborar projectos de promoção da saúde, prevenção da doença e de reabilitação.”

Considerando que os enfermeiros de reabilitação têm competências técnicas e académicas para prestar cuidados de enfermagem especializados a doentes com incapacidades decorrentes de lesões medulares, AVC, TCE, amputações, pessoas com doenças crónicas e degenerativas, síndromes incapacitantes em crianças, nas deficiências cardíacas e respiratórias, assim como em lesões físicas e desportivas (Faro, 2006). Ficamos com uma visão de que, quando olhamos para a enfermagem de reabilitação, por um lado, encontramos uma casuística patológica específica, mas também uma prática, que embora organizada de forma comum de prática baseada na evidência, toma um corpo e um contexto particular pelas técnicas e princípios que utiliza.

É neste cenário que sentimos a necessidade de investigar: “Que aspectos são necessários integrar para avaliar a qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação em unidades de internamento de medicina?” uma vez que, “a melhoria continua da qualidade da assistência, no sentido de atingir a excelência, é um processo dinâmico e exaustivo de identificação permanente dos factores intervenientes no processo de trabalho da equipe de enfermagem e requer do enfermeiro a implementação de acções e a elaboração de instrumentos que possibilitem avaliar de maneira sistemática os níveis de qualidade dos cuidados prestados” (Mota et. al., 2007, p. 10). Havendo a necessidade de

elaborar e validar indicadores capazes de mensurarem a qualidade da assistência de enfermagem de reabilitação, mas também de compreender que condições são necessárias para que a qualidade ocorra.

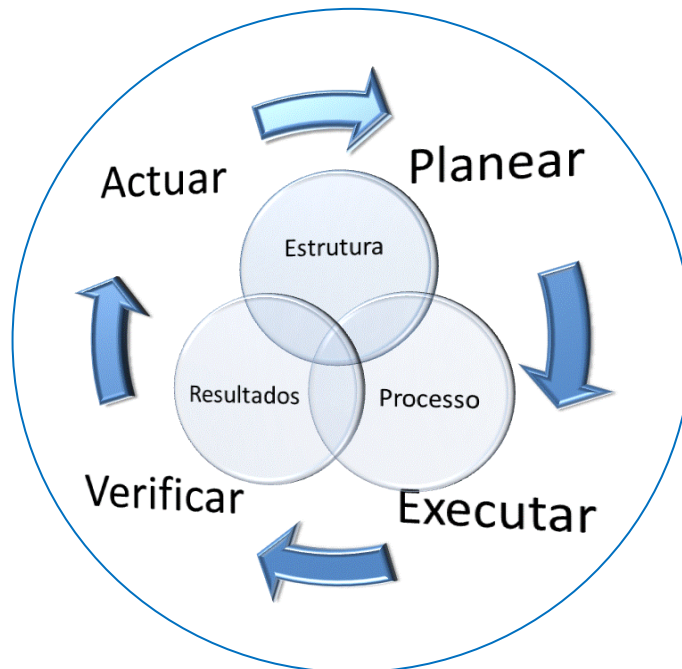


FIGURA 1: Fusão do modelo de Donabedian com o ciclo PDCA de Deming
(Adaptado de Donabedian, 2003; António et. al, 2007)

Este percurso, ilustrado na figura 1, foi fundamentado pelo modelo proposto por Avedis Donabedian, na década de 60, baseado em três componentes do cuidado em saúde: Estrutura, Processo e Resultado, a par com o conhecido ciclo de melhoria contínua, proposto por Deming, ao longo do qual o autor acredita numa abordagem sistemática para a identificação e solução de problemas, também denominado por ciclo PDCA, ou seja, *Plan, Do, Check, Act*. Nos capítulos que se seguem serão desenvolvidos as concepções destes dois autores.

A problemática da avaliação da qualidade na enfermagem de reabilitação poderá obter dividendos para o desenvolvimento da prática através da evidência científica e com isto melhorar a prática do cuidado.

1.1. Avaliação da Qualidade: o estado da arte

No decurso dos últimos anos tem-se vindo a assistir a várias tentativas de transferir alguns modelos e métodos de avaliação da qualidade na indústria para os serviços de saúde, para além de, muitos investigadores dedicarem-se ao estudo e desenvolvimentos de novos métodos que se apliquem na avaliação da qualidade nos serviços de saúde (Komashie et. al., 2007).

A enfermagem de reabilitação, sendo uma área da enfermagem que exige conhecimentos específicos, a nível técnico e conceptual, necessita de instrumentos de avaliação da qualidade precisos, não só dirigidos para o cliente externo como também para o cliente interno, sendo considerado por Eiriz et. al. (2004), citado por Hurst (2005), clientes internos os prestadores de cuidados de saúde e clientes externos os pacientes.

Após uma pesquisa alargada de bibliografia e de artigos científicos da especialidade, encontramos diversos estudos publicados na área da avaliação da qualidade, no entanto, é de referir que os estudos existentes referem-se na sua maioria á qualidade nos serviços de saúde no geral e são escassos na área da qualidade da enfermagem de reabilitação, por isso, vamos apresentar de seguida alguns modelos da qualidade e alguns estudos na área da qualidade em saúde.

O Modelo de Excelência da *European Foundation for Quality Management* (EFQM), traduz uma referência em termos de qualidade a nível de definição, implementação e desempenho das organizações para a Gestão da Qualidade Total (GQT) (António et. al., 2007) e os critérios de excelência estabelecidos para a avaliação são nove: liderança, politica e estratégia, pessoas, parcerias e recursos, processos, resultados das pessoas, resultados dos clientes, resultados da sociedade e resultados de desempenho (Eggli et. al., 2003).

Por sua vez, as *International Standards Organization Norms* (ISO 9001) da *International Organization for Standardization* constituem uma referência para a implementação de Sistemas de Gestão da Qualidade (SGQ), com o objectivo de garantir o fornecimento de produtos que satisfaçam os requisitos do cliente, assim como a prevenção de problemas e a cultura da melhoria contínua e estão formalizados em oito princípios da gestão da qualidade: os clientes, a liderança, as pessoas, os processos, a gestão, a análise e os fornecedores (APCER, 2003).

Já Hurst (2005) refere o SERVQUAL como um instrumento desenvolvido por Parasuraman et. al. (1988, 1991), para avaliar a qualidade do serviço em termos do que é esperado pelo cliente e a percepção que este faz do desempenho. A sua operacionalização baseia-se em cinco dimensões: tangibilidade, confiança, conformidade, garantia e empatia.

Revere, et. al. (2004), consideram a metodologia Six Sigma uma nova e poderosa estratégia para a gestão da qualidade nos serviços de saúde. Esta metodologia é entendida como uma nova filosofia para uma melhor medição e redução significativa dos defeitos. No entanto, esta metodologia na saúde tem sido de utilização limitada, uma vez que tem-se restringido a reduzir os equipamentos cirúrgicos e os custos associados.

Por sua vez, Eggli et. al. (2003) propõem um modelo para a qualidade dos hospitais baseado em quatro entidades: pacientes, actividades, recurso e efeitos. Este modelo encontra-se hierarquizado em seis níveis no sentido de medir o desenvolvimento dos sistemas de gestão da qualidade. Os autores acrescentam que os modelos conceptuais actuais da qualidade para a utilização hospitalar apresentam deficiências, quer pela sua terminologia quer pela sua complexidade.

Já Donabedian (2003) desenvolveu um modelo de avaliação da qualidade assente em três componentes essenciais: estrutura, processo e resultado. Mas, na opinião de Eggli et. al. (2003), o modelo de Donabedian apresenta deficiências conceptuais tornando-se inadequado para a gestão das organizações hospitalares. Simultaneamente comparam o seu modelo com o de Donabedian dizendo que substituem o termo estrutura por recursos, o processo por actividades e o resultado por efeitos, acrescentando o elemento paciente ao modelo. No entanto, estes autores admitem que muitos gestores hospitalares utilizam o quadro conceptual de Donabedian para avaliar a qualidade dos serviços de saúde. Por sua vez, Hayes (2007), refere que o modelo de Donabedian pode ter falhas, dado que, cuidados de elevada qualidade nem sempre estão dependentes da existência de guideline's clínicas, assim como, a existência de guideline`s clínicas de elevada qualidade nem sempre levam a cuidados de elevada qualidade.

Apesar da controvérsia existente no meio científico acerca do melhor modelo para a avaliação da qualidade, o quadro conceptual mais popular e utilizado para a avaliação da qualidade dos serviços de saúde continua a ser o apresentado por Donabedian, este autor conceptualiza a qualidade como “uma propriedade da atenção médica que pode ser obtida em diversos graus ou níveis” (Mezomo, 2001, p. 73). A qualidade não é um atributo

abstracto, mas algo com atributos comuns que assenta em pilares de eficácia, efectividade, eficiência, optimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade (Maia, 2011).

Face a esta análise ficamos sensíveis há existência de vários modelos mas entendemos que o modelo de Donabedian (2003) é um caminho que nos pode ajudar a analisar o problema.

2. O TRABALHO DE CAMPO: CAMINHOS PARA A QUALIDADE

A investigação científica consiste num processo de aquisição de conhecimentos de forma ordenada e sistemática que permite examinar fenómenos com vista a obter respostas para questões precisas de uma investigação. “O conhecimento científico adquire-se de diversas formas, de entre elas a investigação científica é o método mais rigoroso e o mais aceitável, uma vez que assenta num processo racional” (Fortin, 1999, p. 17). Da mesma forma que, explica aos leitores quais foram os métodos usados pelo pesquisador para responder às questões de pesquisa, quais às decisões metodológicas adoptadas, assim como justifica todas essas decisões tomadas no decorrer da investigação (Polit et. al., 1995).

O referencial teórico elaborado em estreita relação com o objecto em estudo e descrevendo o estado actual da arte na avaliação da qualidade em serviços de saúde, mais concretamente na enfermagem de reabilitação, ajuda a compreensão do fenómeno em toda a sua amplitude e permite escolher a metodologia mais apropriada.

Não existe uma única maneira correcta de compreendermos a complexidade do mundo e o conhecimento científico seria escasso caso não existisse essa variedade disponível de métodos alternativos (Polit et. al., 1995), “Os métodos de investigação harmonizam-se com os diferentes fundamentos filosóficos que suportam as preocupações e as orientações de uma investigação” (Fortin, 1999, p. 22). Daí que, a escolha deste desenho tenha que estar intimamente relacionada com a problemática em estudo e também com o estado dos conhecimentos à volta da mesma.

Segundo Rey (2002) a epistemologia qualitativa apoia-se em três fundamentos: um processo construtivo e interpretativo; um processo interactivo; e a significação da singularidade.

Na produção de conhecimento o pesquisador integra, reconstrói e apresenta através de construções interpretativas diversos indicadores obtidos durante a pesquisa, os quais não

teriam nenhum sentido se fossem apresentados de forma isolada, como constatações empíricas. Por sua vez, as relações entre o investigador e o investigado são uma condição essencial para o desenvolvimento da investigação e, mais do que isso, a interactividade é uma dimensão essencial e um atributo construtivo desse processo. Já a significação da singularidade eleva a importância da qualidade da expressão do sujeito sobre a quantidade de sujeitos a serem estudados.

Uma vez que “uma investigação qualitativa, heurística descritiva e exploratória (...) não pretende, como objectivo determinar a verdade deste ou daquele fenómeno mas sim o de, a partir dos resultados obtidos, compreender melhor os seus mecanismos e de aumentar os conhecimentos em que os diferentes artesãos de cuidados se poderão apoiar” (Hesbeen, 2001, p, 65), então enveredamos por uma abordagem qualitativa, através de um estudo de campo, porque pretendemos entender a realidade na sua complexidade e no seu contexto natural.

Os estudos de investigação feitos em campo pretendem examinar, profundamente, as práticas, comportamentos, crenças e atitudes das pessoas ou grupos, enquanto em acção na vida real. O propósito de um pesquisador de campo é o de aproximar-se das pessoas estudadas de modo a compreender um problema ou situação, a partir do seu cenário natural. Devido à natureza intensiva e flexível dos estudos de campo, eles possuem a capacidade de fornecer uma compreensão em profundidade dos fenómenos, que não poderia ser alcançada utilizando os métodos mais tradicionais de pesquisa científica. A pesquisa de campo nunca pode ser duplicada, porque os métodos evoluem *in situ*. Fica por vezes difícil, determinar se dois pesquisadores de campo independentes, realizando a mesma investigação, irão chegar às mesmas conclusões (Polit et. al., 1995).

2.1. Desenho da investigação

A investigação científica consiste num processo de aquisição de conhecimentos de forma ordenada e sistemática que permite examinar fenómenos com vista a obter respostas para questões precisas de uma investigação. “O conhecimento científico adquire-

se de diversas maneiras, de entre elas a investigação científica é o método mais rigoroso e o mais aceitável, uma vez que assenta num processo racional” (Fortin, 1999, p. 17).

A fase metodológica de uma investigação científica “consiste em precisar como o fenómeno em estudo será integrado num plano de trabalho que ditará as actividades conducentes à realização da investigação... Este plano constitui a espinha dorsal sobre a qual virão enxertar-se os resultados da investigação” (Fortin 1999, p. 131). Da mesma forma que, segundo Polit et. al. (1995), comunicam aos leitores quais foram os métodos usados pelo pesquisador para responder às questões de pesquisa, quais as decisões metodológicas adoptadas, assim como justificar todas essas decisões.

Este capítulo vem explicitar os percursos metodológicos adoptados, assim como a razão da escolha de determinados métodos e técnicas na procura da resposta à pergunta de partida enunciada na introdução.

As questões que nortearam este percurso foram:

- Que factores convergem para a qualidade do desempenho dos enfermeiros de reabilitação?
- Que processos de trabalho desenvolvem os enfermeiros para garantir a qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação?
- Que aspectos são necessários reunir para garantir resultados nos cuidados de enfermagem de reabilitação?

Os objectivos da investigação representam claramente aquilo que o investigador se propõe fazer para realizar o estudo (Fortin, 2009). Sendo assim, com a realização deste estudo pretendemos atingir os seguintes objectivos:

- Descrever os processos de trabalho desenvolvidos pelos enfermeiros de reabilitação para garantir a qualidade da assistência em unidades de internamento de Medicina.
- Analisar as condicionantes do desenvolvimento dos cuidados de enfermagem de reabilitação no que diz respeito às estruturas, processos e resultados.
- Compreender os desenvolvimentos dos cuidados realizados pelos enfermeiros de reabilitação, como fontes de garantia da qualidade na assistência de reabilitação.
- Conceber um caminho para a criação de um instrumento de avaliação do trabalho realizado pelos enfermeiros de reabilitação em unidades de internamento de Medicina que garanta a qualidade de assistência na área da enfermagem de reabilitação.

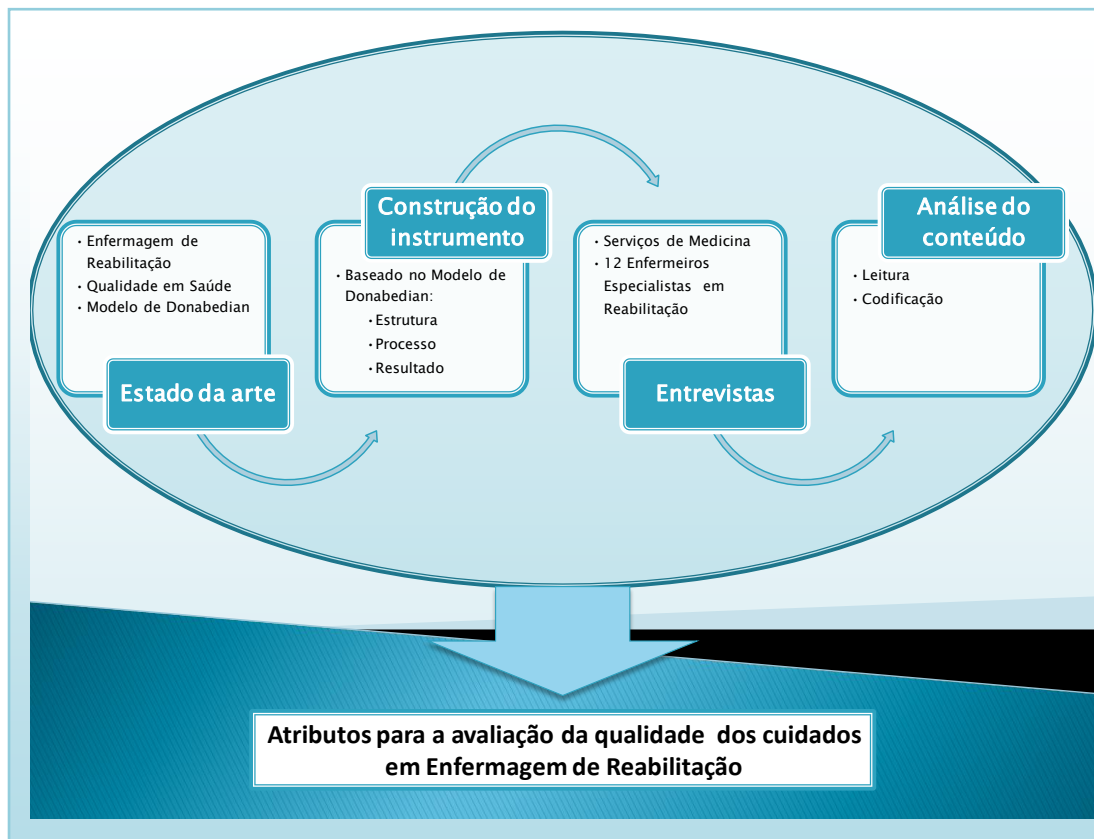


FIGURA 2: Desenho do estudo

A figura 2 ilustra o desenho da investigação nas diferentes fases do seu percurso, desde a revisão do estado da arte à análise de conteúdo das entrevistas. Dado o nosso interesse, em conhecer em profundidade o fenómeno da qualidade do desempenho dos enfermeiros de reabilitação em unidades de medicina, esta opção antevê-se como o melhor caminho.

2.2. Contexto e participantes

O Hospital é uma organização complexa, cuja principal função consiste em dar resposta às necessidades em cuidados diferenciados da população. “O hospital é um estabelecimento de saúde, de diferentes níveis de diferenciação, constituído por meios tecnológicos e humanos, cujo objectivo nuclear é a prestação de cuidados durante 24 horas por dia (...) a sua actividade é desenvolvida através do diagnóstico, da terapêutica e da reabilitação quer em regime de internamento, quer em regime ambulatorio. Deve ter a capacidade de organização, para se adequar às reais necessidades de saúde da população,

para que os resultados da sua prestação ou desempenho correspondam a ganhos em saúde” (Ministério da Saúde, 1998, p. 3). Segundo Costa (2006), os estudos sobre o hospital evidenciam a complexidade da acção colectiva que aí tem lugar, aonde os serviços de Medicina, caracterizados por uma clientela típica, essencialmente idosos, em que as patologias mais frequentes são as doenças cerebro-vasculares, doenças hepáticas, doenças respiratórias, tumores, em suma, são os doentes de longa permanência no hospital. O que vai ao encontro do contexto escolhido para este trabalho, serviços de medicina de um hospital central do norte do país.

Segundo Marconi et. al. (1999, p. 43) o universo “é o conjunto de indivíduos... que apresentam pelo menos uma característica em comum” Ou seja, o universo é constituído por todos os sujeitos ou elementos que têm em comum características análogas, sendo neste caso os enfermeiros com o curso de especialidade de enfermagem de reabilitação a desempenhar funções em unidades de internamento de medicina num hospital central.

Os indivíduos que participarão neste estudo, tiveram ou têm a experiência de um fenómeno particular, possuem uma experiência e um saber pertinente, ou seja, os indivíduos participantes no estudo são enfermeiros com especialidade em enfermagem de reabilitação e têm um conhecimento específico em serviço de medicina com internamento. Não se coloca o investigador como perito (Fortin, 1999). A selecção do conjunto de entrevistados decorrerá de modo intencional. Na amostragem intencional o pesquisador pode decidir seleccionar propositadamente os sujeitos particularmente conhecedores das questões que estão a ser estudadas. Esta técnica de amostragem costuma ser utilizada quando o pesquisador deseja uma amostra de especialistas, tal como no caso de um levantamento de necessidades que utiliza o método de sujeitos chave (Polit et. al., 1995). Neste sentido, definimos os seguintes factores de inclusão para participar no estudo: ser enfermeiro com a especialidade de reabilitação á mais de seis meses; exercer funções no serviço de medicina, e prestar cuidados directos ao doente e família.

Consideramos como factor de exclusão para participar no estudo os enfermeiros de reabilitação que estão apenas na gestão de unidades.

Uma das questões que vulgarmente se colocam ao investigador é identificar qual a dimensão da amostra. Para Fortin (1999), o investigador deverá incluir tantos sujeitos quantos os necessários para atingir a saturação dos dados. Esta saturação foi obtida após doze entrevistas, uma vez que, na última entrevista não foi percepcionado nada de novo além do que foi referido no discurso dos participantes anteriores. Segundo Polit et. al.

(2004), na pesquisa qualitativa o tamanho da amostra deve ser determinado a partir da necessidade de informações, pelo que um princípio orientador na amostragem é a saturação dos dados. Ou seja, amostrar até ao ponto em que não é obtida nenhuma informação nova e é atingida a redundância.

Os sujeitos que integraram o estudo têm entre 27 e 47 anos de idade, situando-se a idade média nos 33 anos, sete são do sexo feminino e cinco do sexo masculino. Por outro lado, sete destes elementos têm Contrato em Funções Públicas (CFP) e os outros cinco têm Contrato Individual de Trabalho (CIT).

Idade	Anos de Trabalho	Meses de Especialidade	Meses de trabalho na especialidade	Contrato de trabalho
27	6	18	12	CIT
34	6	18	6	CIT
33	12	36	24	CFP
32	10	24	12	CFP
31	10	24	12	CFP
47	23	60	48	CFP
28	5	7	6	CIT
27	5	7	6	CIT
32	10	36	30	CFP
30	7	24	18	CIT
34	14	24	20	CFP
36	11,5	24	6	CFP

QUADRO 1: Caracterização da Amostra

Conforme se observa no Quadro 1 os entrevistados desenvolvem a sua actividade entre 5 e 23 anos, trabalhando em média há 10 anos e exercem funções de especialistas em enfermagem de reabilitação entre os 6 e 48 meses.

2.3. Instrumento de colheita de dados

Antes de dar início a uma colheita de dados “o investigador deve perguntar-se se a informação que quer colher com a ajuda de um instrumento de medida em particular é

exactamente a que tem necessidade para responder aos objectivos da sua investigação” (Fortin, 1999, p. 240). No entanto, muitas vezes a natureza da indagação da pesquisa dita por si só o método de colheita de dados (Polit et. al., 1995). Tendo em conta os objectivos e a natureza deste estudo, procurámos escolher para a sua consecução o instrumento de recolha de dados que mais nos ajudava a compreender o fenómeno pretendido e assim, a entrevista emergiu com todas as vantagens. Privilegiamos a entrevista porque “tem como objectivo principal a obtenção de informações do entrevistado, sobre determinado assunto ou problema” (Marconi et. al., 1999, p. 95). E “Nas ciências humanas, pode ser reunida uma boa quantidade de informações através da interrogação directa de pessoas, isto é, solicitando-lhes o relato de experiências pessoais” (Polit et. al., 1995, p. 166).

A entrevista, segundo Marconi et. al. (1999, p. 94), “é um encontro entre duas pessoas, a fim de que uma delas obtenha informações a respeito de determinado assunto, mediante uma conversação de natureza profissional”. Na entrevista é possível obter informação importante para a descrição dos fenómenos em estudo. Ora, a descrição de fenómenos é uma das características fundamentais nas abordagens qualitativas.

Ghiglione et. al. (2001) referem que os objectivos da entrevista podem situar-se a vários níveis: explorar um tema desconhecido; aprofundar determinado assunto; verificar os domínios de um tema já suficientemente bem conhecidos; e controlar e validar resultados. Tendo em atenção estes níveis, os mesmos autores identificam três tipos de entrevistas de acordo com os objectivos da investigação, a entrevista não estruturada, a entrevista semi-estruturada e a entrevista estruturada.

Deste modo, e dado o objectivo do método de colheita de dados ser o aprofundamento e a verificação de domínios de um tema já conhecido, o tipo de instrumentos eleitos foi a entrevista semi-estuturada.

Na entrevista semi-estruturada/semi-directiva o investigador orienta a entrevista através de um conjunto de questões utilizadas como guia (Polit et. al., 1995). O entrevistador segue um conjunto de questões provenientes de um quadro teórico, de modo a aprofundar ou ver a evolução daquele domínio na população que está a investigar, que poderá ou não ser aleatório.

Tendo por suporte o quadro teórico e os conhecimentos do autor sobre o tema, a construção do guião da entrevista teve em conta cinco momentos: apresentação, legitimação e esclarecimentos ao participante na entrevista; obtenção do consentimento

para a realização e gravação da entrevista; caracterização do entrevistado; desenvolvimento das questões; e finalização da entrevista (Anexo 1).

O guião da entrevista desenvolveu-se ao longo de três temas: estrutura, processo, e resultados, ou seja, baseado conforme já referido, no modelo de avaliação da qualidade do “grande mestre da qualidade em saúde, Avedis Donabedian” (Mezomo, 2001, p. 73), médico que “desenvolveu um modelo de avaliação da qualidade que se tornou o padrão no domínio dos serviços de saúde” (Revere et. al., 2004), em matriz com o popular modelo de Deming: ciclo PDCA (*Plan, Do, Check, Act*).

No modelo de Donabedian, a estrutura refere-se às características mais estáveis e serve para designar as condições em que os cuidados são prestados: recursos materiais, como as instalações e equipamentos e recursos financeiros; recursos humanos, como a quantidade, variedade e qualificação dos profissionais; estrutura organizacional, como a organização e cultura dos médicos, enfermeiros e outros profissionais, a existência de funções de formação, ensino e investigação, o tipo de supervisão existente, a forma de avaliação de desempenho, etc.

Já o processo aborda todas as actividades que constituem os cuidados de saúde: o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a educação do paciente; e as contribuições para os cuidados vindas dos doentes e familiares.

Por último, o resultado reflecte a estrutura e os efeitos do processo: as mudanças no estado de saúde do indivíduo ou população; as mudanças nos conhecimentos adquiridos pelo paciente e familiares que podem influenciar a saúde futura; as mudanças nos comportamentos do paciente ou familiares que podem influenciar a saúde futura; a satisfação dos pacientes e seus familiares com o atendimento recebido nos cuidados de saúde e com os seus resultados.

Algumas das questões do guião da entrevista, referentes ao processo de cuidados, tiveram como modelo orientador da prática de cuidados o modelo proposto por Dorothea Orem (1983). A teoria de enfermagem de Orem permite compreender a prática de enfermagem nas acções de autocuidado perante o indivíduo/família/comunidade, onde realça a autonomia, considerando que o indivíduo tem a capacidade e o direito de ser implicado nas decisões. A autora encara a sua teoria sobre o défice de autocuidado como uma teoria geral constituída por três teorias relacionadas: Teoria do Autocuidado; Teoria do Deficit de Autocuidado; e Teoria dos Sistemas de Enfermagem (Orem, 1993).

A aplicabilidade desta teoria à enfermagem de reabilitação é considerada das mais adequadas, dado que, o objectivo principal da reabilitação é o alcance da independência proporcionando melhoria da qualidade de vida das pessoas com limitações físicas.

Face à pesquisa faz-nos sentido conceber um instrumento baseado no modelo de Donabedian entrosado com o modelo de Deming, logo utilizaremos os pressupostos dos modelos *a priori* orientando assim a construção da entrevista e a análise dos discursos.

As entrevistas foram realizadas durante o mês de Fevereiro de 2011, tendo em média decorrido ao longo de 40 minutos.

2.4. Considerações éticas

Num trabalho de investigação, em que são vulgarmente utilizadas pessoas como sujeitos da investigação, são colocadas algumas questões morais e éticas de modo a que os direitos humanos sejam assegurados. “Pelo facto de as pesquisas científicas nem sempre terem sido conduzidas de maneira ética, e devido aos dilemas reais que os pesquisadores costumam enfrentar, no planeamento de seus estudos, científica e eticamente rígidos, foram elaborados códigos de ética para orientá-los. Os três princípios éticos incorporados à maioria das orientações são a beneficência, o respeito pela dignidade humana e a justiça” (Polit et. al., 1995, p. 307). Segundo Streubert et. al. (2002) algumas exigências éticas são aplicadas à investigação qualitativa.

Primeiro, os participantes não devem ser prejudicados, o que se relaciona com o princípio da maleficência, da mesma forma que Polit et. al. (1995, p. 307), referem que a beneficência envolve a protecção dos participantes contra danos físicos e psicológicos, protecção contra a exploração e a realização de algo benéfico. O envolvimento nesta pesquisa não colocou nenhum elemento em desvantagem, nem exposição a algum dano.

Por outro lado, o princípio da justiça e integridade foram respeitados, onde se incluem itens como a confidencialidade e o anonimato. Mas, tal como refere Streubert et. al. (2002, p. 43), “A própria natureza da colheita de dados na investigação qualitativa torna o anonimato impossível”, ou seja, é inevitável conhecer a fonte dos dados. No entanto, como refere o mesmo autor, “O investigador deve fazer todos os esforços para assegurar que a confidencialidade é uma promessa cumprida” (Streubert et. al., 2002, p. 43), de tal forma

que, ninguém para além do autor deve conhecer a origem dos dados. Neste sentido, na transcrição das entrevistas as mesmas foram codificadas com a letra E (Entrevista) seguido de numeração árabe e de modo aleatório, em função dos sujeitos que as ocasionaram e o conteúdo foi validado pelos participantes. Ou seja, todos os participantes perdem o contacto com a investigação após a entrevista, sendo garantido o anonimato, dado que foi retirado qualquer conteúdo que directa ou indirectamente identificasse o participante.

Por outro lado, os investigadores devem obter consentimento informado e a intervenção do participante deve ser voluntária, portanto, apoiando o princípio de autonomia. O princípio da autonomia e respeito, onde se inclui o consentimento informado, foi assegurado pelos participantes no início da entrevista, onde foi explicado o objectivo do trabalho, o direito de participar ou não e o direito de em qualquer momento retirar-se do estudo (Anexo 2). O consentimento informado, segundo Polit et. al. (1995), significa que, os participantes possuem informação adequada, no que se refere à investigação; são capazes de compreender a informação; têm a capacidade de escolher livremente; e capacitando-os para consentir ou declinar voluntariamente a participação na investigação. A aplicação do instrumento de recolha de dados foi submetida à autorização prévia da Direcção de Enfermagem do Hospital onde decorreu o estudo (Anexo 3).

2.5. Estratégias para a análise dos dados

Uma das tarefas mais difíceis para o investigador, no caso de um estudo qualitativo, independentemente da sua forma, é preparar a imensidão de dados produzidos. Neste caso, foi efectuada a transcrição integral do registo das entrevistas (verbatim), para assegurar com rigor o que foi referido pelos participantes.

Após a transcrição das entrevistas, foi feita uma primeira leitura de todas as entrevistas e de seguida feita a sua codificação, organizando quadros de referência. Aqui são definidas categorias, subcategorias e unidades de registo, que ordenarão a informação. Os discursos produzidos pelos entrevistados serão apreciados com recurso à análise de conteúdo segundo os princípios descritos por Bardin (2004).

Quando os investigadores acabam de colher todos os dados é necessário começar a sua análise. A análise de dados na investigação qualitativa começa, de facto, quando a colheita

de dados se inicia, prolongando-se num *continuum*, necessitando ouvir cuidadosamente aquilo que viram, ouviram ou experimentaram para descobrir os significados (Streubert et. al., 2002).

A análise qualitativa envolve o método indutivo procurando temas ou regularidades recorrentes nos dados. Segundo Bardin (2004), as diferentes fases da análise de conteúdo, organizam-se em torno de três pólos cronológicos: a pré-análise, a exploração do material e por último o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. A primeira fase consiste na organização propriamente dita, correspondendo a um período de intuições, mas que tem por objectivo sistematizar as ideias iniciais. A segunda fase, longa e fastidiosa, consiste essencialmente em operações de codificação, desconto ou enumeração. Por último, os resultados em bruto são tratados de maneira a serem significativos (falantes) e válidos, através da categorização, que pode empregar dois processos inversos. A categorização é fornecida e repartem-se da melhor maneira possível os elementos, à medida que vão sendo encontrados, ou, o sistema de categorias não é fornecido, antes resultando da classificação analógica e progressiva dos elementos (Bardin, 2004).

No nosso estudo, para a categorização, serão considerados os dois processos anteriores, por um lado, algumas categorias são definidas *a priori*, isto é, implicaram um quadro de referência teórico, o Modelo de Donabedian. Por outro lado, as categorias que serão definidas *a posteriori*, isto é, identificando e evidenciando as propriedades do texto e das unidades de registo. A categorização considera ainda a incorporação de características comuns e de natureza semântica idêntica. “Este processo exige que os pesquisadores estejam plenamente cientes do que os dados dizem. Isto exige um grau significativo de dedicação à leitura, intuição, análise, síntese e relato das descobertas” (Streubert et. al., 2002).

PARTE II

3. A QUALIDADE EM SAÚDE: OS DADOS PARA A ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

A qualidade do atendimento tem sido uma preocupação crescente para inúmeras instituições de saúde que têm procurado torná-la reconhecida não só junto dos clientes, de um modo geral, mas também, por toda a sociedade e mercado de saúde, mediante os processos de acreditação hospitalar (Leão, et. al., 2008). Conforme nos refere Hesbeen (2001, p. 3) “A qualidade dos serviços oferecidos à população no âmbito social e da saúde, assume, hoje em dia, uma acuidade particular que se deve a múltiplas razões. Salientámos entre outras, a importância dos recursos atribuídos a este sector e os custos que eles representam para a sociedade que os suporta.”

A enfermagem, não poderá, nem poderia ficar alheia a esta evidência. Segundo Leão et. al. (2008), a enfermagem assume um papel relevante na discussão da qualidade dos cuidados nos hospitais, sendo eles, determinar as directivas e condições para os serviços de enfermagem alcançarem os padrões da qualidade, sensibilizar e preparar as suas equipas para a importância do processo, ajudando a atingir as metas institucionais e por último supervisionar de modo sistematizado e contínuo a qualidade. Para além de já documentadas nas competências do enfermeiro de cuidados gerais, o Regulamento nº 122/2011 que institui as competências comuns do enfermeiro especialista salienta esta preocupação, reconhecendo que a melhoria da qualidade envolve análise e revisão das práticas em relação aos seus resultados, avaliando a qualidade e, partindo dos resultados, implementando programas de melhoria contínua, aplicando-se neste contexto aos enfermeiros de reabilitação.

Este capítulo permite explicitar a evolução da qualidade, explicitando alguns conceitos, descrevendo o contributo dos seus precursores, importando a sua aplicabilidade aos serviços de saúde e por último contextualizando-os no âmbito da enfermagem de reabilitação.

3.1. A evolução da qualidade

A gestão da qualidade já percorreu um longo caminho até chegar aos dias de hoje, por isso, a história da qualidade pode ser narrada de diversas formas. A literatura vem evidenciando que “o conceito ou a filosofia da qualidade existe desde há muito, apenas divergindo quanto ao seu início” (António et. al., 2007, p. 19). Alguns autores dizem que o conceito é conhecido há milhares de anos, enquanto outros referem que terá surgido, apenas, há algumas centenas de anos.

No entanto, desde a antiguidade que se identificam alguns aspectos que, nos dias de hoje, são associados à qualidade, como as práticas de planeamento, organização e controlo utilizadas pelos Sumérios, Egípcios, Chineses e Babilónios e a centralização de sistemas de controlo e comunicações utilizados pelos Romanos (Pinto et. al., 2009).

Também, no período onde predominava a produção artesanal, os mestres artesões detinham ao seu serviço aprendizes e a observação do aprendiz pelo mestre consistia no principal instrumento de controlo da qualidade, cujo objectivo era prevenir falhas no processo de produção (Júnior et. al., 2002). Segundo Cabral et. al. (2001), referido por Capricho et. al. (2007), as preocupações com a qualidade antes de 1930 estavam centradas na inspecção do produto final. Nas décadas seguintes, de 1930 a 1950, a qualidade avançou para uma perspectiva de controlo do produto, para nas décadas de 1950 a 1980 incidir na fase da garantia da qualidade através do controlo total do produto. Já em 1980 a 2000 a qualidade evolui para o patamar da gestão da qualidade total, chegando á fase actual de sustentabilidade, ou seja, a qualidade como suporte, que garante o sucesso económico, social e ambiental e que permite atingir a excelência e o desenvolvimento sustentável, conforme descrito no quadro 2.

Anos	Fases	Características	Metodologias
« 30	Inspecção	Inspecção do produto final	Controlo visual, medição e comparação para verificar a conformidade
30-50	Controlo	Controlo da qualidade	Utilização de ferramentas específicas para controlar a qualidade do produto (fluxogramas, diagramas, gráfico de Pareto, ...)
50-80	Garantia	Controlo total da qualidade	Para assegurar o controlo total dos produtos/serviços em todas as suas fases e a qualidade dos sistemas organizacionais utilizam-se círculos de qualidade, normas ISO, auditorias, análise modal de falhas ...
80-00	Gestão	Gestão da qualidade total	Utilização de forma sistemática em toda a empresa de modelos e ferramentas como Benchmarking, Empowerment, modelos de excelência, manutenção preventiva, etc., Uso de ferramentas informáticas. Os padrões de desempenho já são entendidos de forma dinâmica e têm em conta o feedback da medição do índice de satisfação do consumidor
» 00	Sustentabilidade	Qualidade como suporte que garante o sucesso económico, social e ambiental que permite atingir a Excelência e o desenvolvimento sustentável	As organizações estabelecem parcerias a nível económico, social, ambiental, como uma forma de melhorar continuamente a sua performance nos diferentes níveis. Promovem tanto internamente como em toda a sua envolvente os valores da qualidade e da preservação do ambiente natural e social. Desenvolvem estratégias de forma a obter vantagens competitivas, consolidando uma imagem de qualidade, responsabilidade, credibilidade e prestígio de forma a garantir a sua integração social e a sua sustentabilidade económica, social e ambiental a longo prazo. Procuram satisfazer todos os stakeholders, utilizando o modelo da empresa “Excelente”, a aprendizagem e a inovação permanente, assim como as novas tecnologias da informação e comunicação

QUADRO 2: Evolução histórica do conceito da qualidade
(Fonte: Cabral et. al., 2001, citado por Capricho et. al., 2007, p. 45)

Para António et. al. (2007), na história da qualidade há dois marcos importantes pela forma como a qualidade passou a ser encarada. O primeiro, a revolução industrial que constitui uma viragem drástica nas organizações e na sociedade. As populações rurais migraram para as cidades e o esquema de trabalho tradicional onde o trabalhador executava a totalidade das tarefas de produção, deu lugar a um esquema de produção em

massa, onde os componentes são intermutáveis, o trabalhador tem a incumbência de realizar apenas um componente do produto e é considerado apenas um elemento da cadeia de produção. O segundo, a importância que o sector dos serviços vem assumindo na sociedade e neste sector são destacadas as actividades não comerciais, nomeadamente a importância crescente do sector do ensino e do sector da saúde.

Para estes autores, a noção da qualidade é algo inerente ao ser humano, presente nos actos mais banais do dia-a-dia, como o simples facto de ir ao mercado comprar maçãs, apalpando-as e escolhendo as melhores. Neste sentido e considerando a finalidade do produto, as maçãs podem ser para consumo próprio ou para alimentar animais, o conceito que o consumidor atribui à qualidade está associado às necessidades e desejos que o produto satisfaz ou procura satisfazer.

No século passado o conceito da qualidade sofreu uma remodelação, surgiu uma nova perspectiva de encarar a gestão das organizações onde persistia a condução e salvaguarda dos processos por um grupo restrito, considerado de elite, de gestores, engenheiros e especialistas de marketing e passou a ser disseminado a todos os níveis da organização. “A garantia da qualidade passou a ter como foco a prevenção e o cliente, deixando de estar centrada na inspecção” (António et. al., 2007, p. 22).

Ainda, segundo os mesmos autores, o conceito moderno de controlo da qualidade está associado à década de 30, desenvolvido por Shewhart com a aplicação da carta de controlo na produção industrial, que por sua vez, foi de forma implícita, a matriz teórica para os seus seguidores, nomeadamente para o desenvolvimento de uma nova e mais abrangente matriz desenvolvida por Deming, que veio a ser considerada como o novo paradigma da gestão.

Segundo, Júnior et. al. (2002), o decorrer da 2ª guerra mundial veio exigir elevados níveis de qualidade e confiança nos armamentos e a necessidade de maior volume de produção. Isto implicou maior rapidez na produção e menor tempo disponível para a inspecção do produto final, levando à consolidação da inspecção por amostragem e controlo estatístico, possibilitando maior produtividade e qualidade do produto.

Nos anos seguintes, década de 50 e 60, impulsionado principalmente pela necessidade de reconstrução da economia Japonesa no pós-guerra, desenvolveram-se elementos básicos no processo de evolução e gestão da qualidade como a “Quantificação dos Custos da Qualidade”, o “Controle Total da Qualidade” e o “Programa de Zero Defeito”, dando-se início à era da garantia da qualidade cujo principal objectivo era prevenir problemas. Neste

sentido Deming, Juran e Feigenbaun desenvolveram grandes esforços a incrementar práticas de gestão viradas para a qualidade nas organizações japonesas (Júnior et. al., 2002).

Mais tarde, deu-se um salto importante na procura da qualidade devido às preocupações com os custos de produção e pela introdução no mercado do conceito de satisfação do cliente. Assim, as empresas embrenhadas num clima de concorrência de mercado, exigências acrescidas dos consumidores cada vez mais protegidos por leis de defesa do consumidor e pela necessidade de reduzir os custos de produção, produzindo mais e melhor, desenvolvem uma nova abordagem dos programas da qualidade. A qualidade emerge como o factor diferencial de sucesso das empresas, uma vez que a competitividade é elevada e o nível de inovação tecnológico é similar (Júnior et. al., 2002).

Actualmente, a qualidade é um objectivo fundamental para a gestão de topo das empresas, sendo encarada como um conjunto de atributos que num mercado fortemente competitivo são essenciais à sobrevivência das organizações modernas. Esta é o objecto da gestão estratégica, elaboração de objectivos, planeamento e mobilização de toda a organização, comportando também a responsabilidade social com o ambiente externo (Garvin, 1992, citado por Júnior et. al., 2002).

3.2. Precusores da qualidade

Os peritos na área da qualidade são muitos, no entanto, a maior parte dos programas de qualidade actualmente existentes resultam das ideias de um grupo muito restrito de líderes que introduziram termos nos locais de trabalho como “Controlo da Qualidade”, “Melhoria Total da Qualidade”, “Custo da Qualidade” e “Controlo Estatístico do Processo de Produção” dos quais destacamos Shewhart, Deming, Juran, Feigenbaum, Crosby e Ishikawa (António, 1991). Cada um destes precusores da qualidade vai ser abordado individualmente a seguir.

Shewhart, nasceu nos EUA, tendo efectuado o doutoramento em física, vindo mais tarde a ser conhecido como o “autor do controlo estatístico dos processos (SPC)” (Capricho et. al., 2007, p. 47)

Este perito da qualidade veio apregoar que é necessário definir limites de controlo inerentes ao processo dizendo que as causas da variabilidade se deviam a causas comuns e a causas especiais. Neste sentido define causas comuns como aquelas que são aleatórios e estão sempre presentes no processo produtivo, que embora sejam em grande número, cada uma delas contribui apenas com uma variação relativamente pequena. As causas especiais são todas aquelas que ultrapassem os limites do controlo produtivo, sendo em número reduzido e provocando uma grande variação. Neste sentido para Shewhart “poderíamos considerar os processos como estando num estado de controlo estatístico quando neles estivessem apenas presentes causas comuns, passando para um estado de fora de controlo sempre que se registasse a presença de uma ou mais causas assinaláveis” (António et. al., 2007, p. 48).

Deming nasceu em 1900 e doutorou-se em física em 1928 na Universidade de Yale nos EUA, (António et. al., 2007), tendo sido mais tarde recrutado para preparar os censos de 1951 no Japão. Ficou reconhecido por ajudar os japoneses a implementar a Gestão da Qualidade Total (GQT) para a reconstrução da economia do Japão após a 2ª Guerra Mundial (Asubonteng et. al., 1996) sendo “o seu contributo foi fundamental para que este país se tornasse na potência económica que hoje é” (António, 1991, p. 95).

A qualidade no modelo de Deming é uma jornada descrita como um “ciclo interminável de melhoria contínua” (Asubonteng et. al., 1996). Deming no seu modelo, que desenvolve a partir dos trabalhos do seu mentor Shewhart, enfatiza a necessidade de usar o controlo estatístico dos processos de produção para identificar e reduzir a variação, “Deming coloca a ênfase no controlo estatístico das variações do processo e nas falhas do sistema” (Capricho et. al., 2007, p. 47). A abordagem do seu modelo determina a “utilização dos métodos estatísticos de controlo da qualidade, de uma visão sistémica e de liderança” (Silva et. al., 2004, p. 39). Ele advoga, segundo António (1991, p. 96), “a formação continua no local de trabalho, em especial em técnicas estatísticas, aconselhando o SPC, a utilização de cartas de controlo para registar as variações em torno de um processo de produção ideal e determinar a melhor forma de corrigir as variações.”

Deming acreditava que uma empresa seria melhor servida quando o seu desenvolvimento se baseava no relacionamento a longo prazo com um número reduzido de fornecedores em vez de mudar frequentemente de fornecedor. Para ele este relacionamento a longo prazo faz do fornecedor um parceiro de custos reduzidos e trás melhores resultados de serviço tanto para o fornecedor como para a empresa. Uma outra

característica do modelo de Deming é a “reação em cadeia”, ou seja, melhorando a qualidade através da melhoria de processos leva a uma redução do desperdício, de atrasos, da repetição de trabalho e de resíduos. Como resultado desta reacção em cadeia obtemos um aumento da produtividade e a melhoria da qualidade (Asubonteng et. al., 1996).

Deming na sua filosofia de qualidade considera uma sucessão de ciclos cujo o início é a concepção do produto (design), a sua produção, a venda e a pesquisa de mercado, iniciando-se de seguida um outro ciclo com a análise e revisão da concepção do produto baseando-se na experiência adquirida no ciclo anterior (António et. al., 2007).

Neste sentido, a qualidade é desenvolvida e melhorada continuamente considerando a aprendizagem como um processo progressivo. Aqui o ciclo de Deming, também conhecido por ciclo PDCA (“*Plan, Do, Check, Act*”), surge representado como uma “abordagem quantitativa e sistemática para a identificação de problemas” (António et. al., 2007, p. 72).

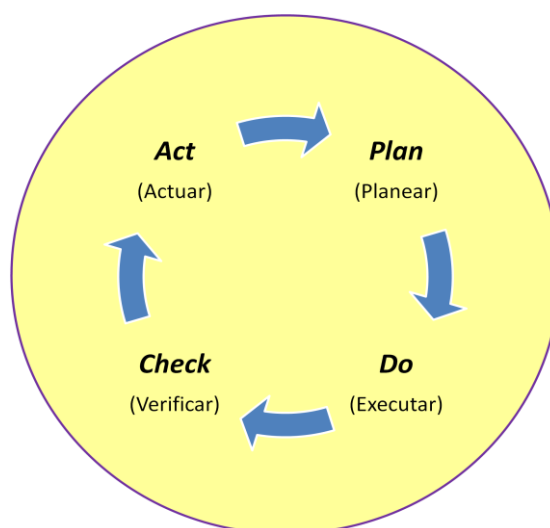


FIGURA 3: Ciclo PDCA de Deming
(Fonte: António et. al., 2007, p. 75)

O planejar (*Plan*) deve ser a primeira etapa para qualquer melhoria, para isso é necessário recolher dados e processá-los para depois efectuar o estudo e análise da informação obtida. Numa segunda fase após a informação obtida pelo planeamento deve ser formulado um plano de acção e proceder à sua implementação (*Do*) para melhorar o desempenho. Na terceira fase é necessário verificar (*Check*) a eficácia da implementação do plano através do controlo estatístico, controlo da sua operacionalização e avaliar se produziu as melhorias pretendidas. Na última fase, após avaliar se a mudança foi positiva

ou negativa, é necessário actuar (*Act*) consolidando a melhoria produzida ou retirando daí os ensinamentos se foi mal sucedida. Após terminar o ciclo reinicia-se outro ciclo PDCA e assim sucessivamente, implicando questionar continuamente todas as operações, orientando a empresa pelo caminho da melhoria contínua (Capricho et. al., 2007).

Juran era de origem Romena, tendo emigrado para os EUA, onde se naturalizou e formou-se em Engenharia Eléctrica pela Universidade de Minnesota, trabalhou na empresa eléctrica, Western Eléctrico, e em 1945 estabeleceu-se como consultor da qualidade. Mais tarde, também como Deming, ensinou no Japão as suas metodologias da qualidade (Silva, et. al. 2004).

Segundo Capricho et. al. (2007, p. 48), a abordagem de Juran assenta no “controlo estatístico da qualidade e no controlo dos custos como parte integrante do sistema de gestão orçamental”, sendo a sua mensagem dirigida aos gestores e administradores das empresas no sentido de que “o controlo de qualidade faz parte integrante da gestão a todos os níveis, não estando reservado apenas para especialistas em controlo da qualidade”.

A qualidade segundo Juran é a aptidão para o uso (Silva et. al. , 2004), ele vem dar “uma nova dimensão à qualidade onde os problemas deixam de ser de âmbito estritamente técnico, para fazerem parte da estratégia de negócios da empresa, devendo ser resolvidos ao nível da gestão de topo” (Capricho et. al., 2007, p. 48).

Para chegar à senda da qualidade, Juran propõe uma trilogia de três elementos: planeamento, controlo e melhoria contínua, considerando a qualidade adaptável a todos os níveis funcionais, e a todas as linhas de produtos (Asubonteng, et. al., 1996).

O planeamento da qualidade é o primeiro passo, onde a empresa identifica as necessidades dos clientes internos e externos e desenvolve as actividades de processos e produtos. No segundo passo, o controlo da qualidade, é executada a avaliação do estado actual de desempenho com base nos objectivos definidos pela empresa, actuando sobre as diferenças, no sentido de manter o controlo do processo e alcançar os objectivos. No terceiro e último passo, a melhoria contínua da qualidade, pressupõe o alcançar níveis de qualidade sem precedentes, para isso são formuladas estratégias onde são propostas, testadas e implementadas soluções (Sílvia, et. al. 2004).

Feigenbaum nasceu nos EUA em 1922 e conclui o doutoramento em ciências em 1951 em Massachusetts (Branco, 2008). Foi responsável pela qualidade na empresa *General Electric*, escrevendo em 1954 o livro “*Quality Control: principles, practices and*

administration". Segundo ele a qualidade é encarada numa abordagem sistémica ou total e requer o envolvimento de todas as funções da empresa e não apenas da produção. Também para Feigenbaum as técnicas de estatística e as técnicas tradicionais de controlo e aferição continuam a ser necessárias mas, "um programa de qualidade deve preocupar-se também com o desenvolvimento do produto, com as vendas, com o serviço prestado ao cliente e não apenas com o controlo de produção" (António, 1991, p. 101).

A definição de qualidade para Feigenbaum incide numa perspectiva de valor, ou seja, "o melhor para utilização do consumidor, ao preço de venda justo" citado por António et. al. (2007, p. 56), considerando também, o controlo da qualidade, para além de uma questão técnica, um método de gestão.

Crosby nasceu nos EUA em 1926. Foi vice-presidente da empresa ITT, onde foi responsável durante 14 anos pelas operações da qualidade a nível mundial (Branco, 2008).

Segundo Capricho et. al. (2007, p. 50), Crosby apoia a sua filosofia da qualidade "na meta dos zero defeitos, conseguidos através de uma cultura de prevenção como forma de garantir a qualidade." Ele defende que "a meta dos zero defeitos" é o objectivo final na senda da qualidade, sendo este um objectivo prático e exequível.

Para Crosby a qualidade é a "conformidade com os requisitos" (Capricho et. al., 2007, p. 50). Ele sustenta a filosofia de que a gestão da qualidade é essencialmente evitar que os erros aconteçam no processo de execução, de forma a corrigir atempadamente os problemas que poderiam vir a causar, ou seja ele defende uma cultura de prevenção dos defeitos como forma de garantir a qualidade.

Crosby também defende que a melhor forma de medir a qualidade é através do custo da qualidade, e segundo ele, a qualidade pode ser classificada em "preço da não conformidade" e "preço de conformidade". Para ele, o custo da não qualidade para uma organização pode ser tão elevado que pode atingir os 30% (Asubonteng, et. al., 1996).

Ishikawa nasceu no Japão em 1915, tendo-se licenciado em química aplicada pela Universidade de Tóquio (Branco, 2008). A sua vida está inseparavelmente ligada à história nipónica do movimento da qualidade e foi pioneiro neste país em algumas ferramentas da qualidade tais como os círculos da qualidade e o diagrama de causa e efeito (António et. al., 2007).

Ishikawa assenta a sua filosofia de qualidade "no controlo de qualidade e na garantia da qualidade" (Capricho et. al., 2007, p. 48). O objectivo elementar do controlo da qualidade consiste em satisfazer as necessidades dos consumidores e atender às suas exigências da

qualidade, por sua vez, as empresas não se devem limitar a cumprir os padrões definidos porque estes podem não ser os correctos. Por seu lado, António et. al. (2007, p. 60) referem que, para Ishikawa o controlo da qualidade é “conceber, produzir e fornecer um produto que seja simultaneamente mais económico, mais útil e que melhor satisfaça o consumidor.” Isto vai no sentido de que o aspecto mais importante do controlo da qualidade afigura-se “na garantia da qualidade, isto é, fazer com que o cliente adquira um produto com toda a confiança e que o utilize durante um considerável período de tempo com satisfação” (António et. al., 2007, p. 62).

Para Ishikawa o controlo de qualidade total e a garantia de qualidade são uma realidade quando promovem o desenvolvimento de novos produtos e envolvem toda a empresa incluindo os serviços subcontratados. A qualidade total é uma disciplina prática que tem o seu início com o controlo de qualidade e que o controlo da qualidade assenta nos círculos da qualidade (Capricho et. al., 2007).

Neste subcapítulo pretendeu-se apresentar uma análise comparativa das principais ideias destes autores e os seus contributos para a qualidade, nomeadamente Crosby, Deming, Feigenbaum, Ishikawa, Juran e Shewart. A obra destes gurus inclui a criação, o desenvolvimento e aplicação de conceitos inovadores relacionados com a gestão da qualidade, estes conceitos e abordagens propostas serviram de base a muitos programas de melhoria da qualidade (Branco, 2008).

3.3. Rumando para uma cultura de excelência

A qualidade total, segundo Pires (2007, p. 46), pode ser encarada como “a cultura da empresa que permite fornecer produtos e serviços capazes de satisfazer as necessidades e expectativas dos clientes.” Já Mezomo (2001) aborda a qualidade total como um compromisso de todos os colaboradores em todos os níveis, para adequar a estrutura e os processos à satisfação dos clientes, tanto externos como internos, no sentido da melhoria contínua. Por sua vez, Capricho et. al. (2007) dizem que a nova filosofia de Gestão da Qualidade Total (GQT), pressupõe que a qualidade seja encarada como um princípio básico e estratégico das empresas para uma aprendizagem contínua dos processos e técnicas e que a qualidade seja o principal objectivo de longo prazo, acrescentando que, segundo

Bank (1998), “a filosofia da gestão da qualidade concentra-se na satisfação completa das exigências do cliente, o que, sendo algo subjectivo, é facilmente aceite pelas empresas e pelas pessoas” (Capricho et. al., 2007, p. 59).

As ideias sobre GQT surgem com Morris, por volta de 1989, onde já se encarava a GQT como um “Sistema que assegura a qualidade em cada interface. É uma abordagem para promover a eficácia e a flexibilidade do serviço como um todo – uma forma de organizar e envolver a totalidade do serviço, cada autoridade, unidade, departamento, actividade, cada uma das pessoas em cada nível para garantir que as actividades estão organizadas tal como foi planeado, procurando-se o aperfeiçoamento contínuo no desempenho” (Pires, 2007, p. 213). Um sistema de gestão da qualidade “compreenderá um conjunto de procedimentos organizacionais capazes de garantir que as actividades importantes para a qualidade decorrem de uma forma controlada” (Pires, 2007, p. 213). Nesta perspectiva, Sale (2000), acrescenta que nos cuidados de saúde é necessário estabelecer normas que reflectam verdadeiramente a qualidade e que estas incluam os doentes e as respectivas famílias que são os clientes dos serviços prestados.

Pires (2007), refere que um sistema de gestão da qualidade prevê que sejam definidas as responsabilidades, a política e os objectivos, os canais de comunicação e as acções de seguimento. Sendo estas áreas fundamentais para a empresa construir uma base primária do sistema de normas de relacionamento. Para isso, a empresa terá necessidade de institucionalizar um sistema de valores da qualidade total, tendo em atenção que a mudança “implica alterar significativamente, os mecanismos de trabalho e de resolução de problemas, privilegiando o trabalho pluridisciplinar de grupo e relações interpessoais.” Nos serviços de saúde, a atenção deixa de estar centrada em cada uma das profissões ou especialidades individualmente e converge na organização como um todo, assim como, “Os princípios e as estratégias da GQT incluem uma focalização no doente, o trabalho em equipa, o quebrar das barreiras profissionais e uma melhor gestão dos recursos” (Sale, 2000, p. 44), logo todos deverão assumir um compromisso, no sentido de melhorar a qualidade dos serviços de saúde prestado ao cliente e suas famílias.

Para incorporar nas organizações um sistema de GQT é indispensável implementar técnicas específicas de controlo e gestão da qualidade. Por isso, deverão ser introduzidas paulatinamente as ferramentas disponíveis e as técnicas mais adequadas às necessidades da empresa para não limitar a área de intervenção (Pires, 2007). Para autores como Sale

(2000, p. 47) um dos “aspectos-chave desta abordagem consiste na monitorização das normas de serviço pela constante revisão dos elementos mais importantes”.

A figura 3 ilustra os princípios, benefícios e condicionantes que estão subjacentes às organizações em que estejam implementadas culturas de gestão da qualidade total.

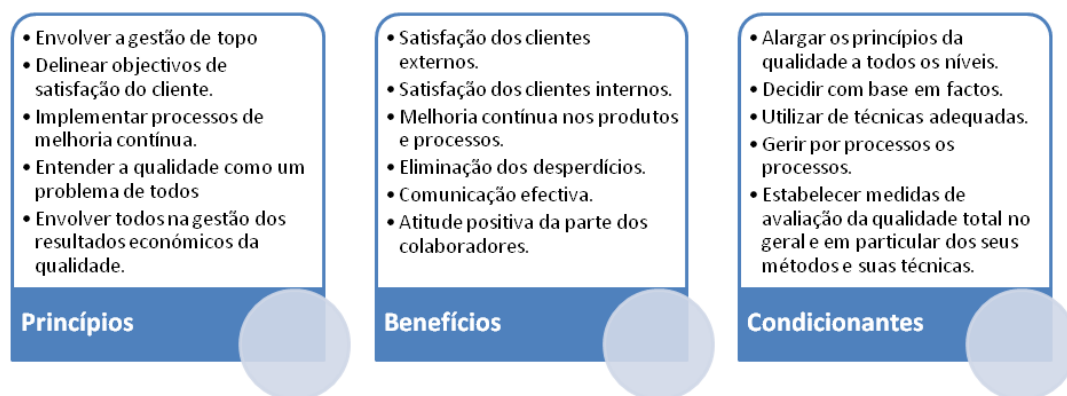


FIGURA 4: Princípios, benefícios e condicionantes da Gestão da Qualidade Total (adaptado de Pires, 2007)

A abordagem da qualidade como um sistema, leva a que os objectivos da qualidade, além de orientarem e motivarem todas as pessoas para atingir esses objectivos, requerem que todos os aspectos sejam ponderados, como os recursos humanos, a organização e a técnica, não esquecendo que um sistema da qualidade é dinâmico e tem a capacidade de adaptar-se às alterações do meio envolvente (Pires, 2007). Nos serviços de saúde, a senda da GQT “coloca o utente no centro de todas as actividades em todos os níveis da organização, com o apoio e envolvimento da administração” (Sale, 2000, p. 48).

Já a partir do ano 2000 o conceito de qualidade enveredou por uma nova fase, denominada de sustentabilidade. As organizações elegeram o caminho da excelência para desenvolver e aplicar os valores da qualidade em toda a empresa e proporcionando a sua auto-avaliação, por isso, já não se limitam ao cumprimento das normas definidas, mas acrescentam variáveis como a inovação e a aprendizagem permitindo-lhes a obtenção da eficácia total do sistema. Nos dias de hoje “já não é vista pelas organizações mais evoluídas como um fim em si mesma, pois estas já atingiram uma performance de qualidade em todos os níveis da cadeia de valor, pelo que vêem a qualidade como o suporte que garante o sucesso económico, social e ambiental e permite atingir a excelência e o desenvolvimento sustentável” (Capricho et. al., 2007, p. 45).

A nova estratégia da qualidade integra um conjunto de objectivos mais alargados, nomeadamente uma estratégia de âmbito social e ambiental, por isso, a empresa já não se encontra num patamar de acção de âmbito interno, nem numa perspectiva individual cuja preocupação incidia sobre a qualidade do produto e os sistemas de gestão, passando, actualmente para uma estratégia de âmbito externo e perspectiva de actuação colectiva. Então, a “sua cultura de qualidade já integra na cadeia de valor o conceito de sustentabilidade da(s) comunidade(s) onde está inserida” (Capricho et. al., 2007, p. 45), isto é, existe uma preocupação constante em estabelecer parcerias a nível económico, social e ambiental no sentido de uma melhoria contínua da sua performance nos diferentes níveis, com a finalidade da promoção dos valores da qualidade, da preservação do meio ambiente e da protecção social, tanto a nível interno como em toda a sua envolvência externa.

As organizações desenvolvem estratégias de forma a obter vantagens competitivas, consolidando uma imagem de qualidade, responsabilidade, credibilidade e prestígio de forma a garantir a sua integração social e a sua sustentabilidade económica, social e ambiental a longo prazo, da mesma forma que procuram satisfazer todos os stakeholders, utilizando o modelo da empresa “Excelente”, dando uma especial importância à aprendizagem, à inovação permanente e às novas tecnologias da informação e comunicação (Capricho et. al., 2007).

3.4. O modelo de Excelência

A implementação das normas da qualidade constitui uma via importante de implementação da gestão da qualidade, levando muitas empresas a procurarem linhas mestras para a sua implementação. Pelo que, neste contexto assistiu-se à emergência de prémios de excelência que se baseiam num conjunto de critérios que apoiam a avaliação duma organização (António et. al., 2007). Sendo eles o prémio Deming, o prémio Baldrige e o prémio Europeu da qualidade, este último no âmbito do qual se desenvolveu o modelo Europeu de Excelência (Rocha, 2011).

O modelo de excelência da *European Foundation For Quality Management* (EFQM) foi desenvolvido em 1991 com o apoio da Comissão Europeia e da Organização Europeia para a Qualidade. Este modelo traduz uma referência em termos da qualidade a nível da

definição, implementação e desempenho das organizações para a Gestão da Qualidade Total (António et. al., 2007). A EFQM é uma associação sem fins lucrativos, criada em 1988 por catorze empresas internacionais e líderes no espaço Europeu em diversas áreas de negócio. O objectivo destas empresas na fundação da EFQM consistia na criação de uma força dinamizadora dos valores da qualidade e de uma visão mundial que levasse as organizações à excelência e sustentabilidade do seu desempenho (Capricho et. al., 2007).

Quando o modelo EFQM foi desenvolvido apresentava como objectivo principal ajudar as organizações a implementarem um sistema de gestão que fosse capaz de melhorar o seu desempenho, no entanto, rapidamente os critérios do modelo foram extrapoladas para outras entidades, públicas e privadas como ferramenta eficaz para o diagnóstico e auto-avaliação (António et. al., 2007). Segundo Branco (2008, p. 43), este modelo é essencialmente “um modelo de auto-avaliação que permite a monitorização da evolução/progresso de uma determinada organização para a excelência”.

O modelo de excelência da EFQM não tem orientações de prescrição, reconhece até, outras vias de implementação para atingir a excelência. Este modelo de excelência assume uma abordagem de avaliação com introdução de princípios de autoavaliação na sua aplicação. Os seus critérios de excelência para a avaliação são nove, agrupando-se de um a cinco como critérios com carácter facilitador orientados para o funcionamento de uma organização e os critérios de seis a nove entendem-se como critérios de resultados (António et. al., 2007). A seguir são exemplificados os respectivos critérios no quadro 3.

CrITÉrios facilitadores	CrITÉrios de resultado
Liderança	Satisfação do consumidor
Política e estratégia	Satisfação das pessoas
Gestão de pessoas	Impacto na sociedade
Parcerias	Resultados do negócio
Recursos e processos	

QUADRO 3: Critérios de Excelência segundo a EFQM
(adaptado de António et. al., 2007)

Os critérios do Modelo de Excelência para a avaliação da qualidade preconizados pela EFQM são desdobrados em trinta e dois subcritérios e são organizados como demonstrado na figura 5. Este modelo baseia-se na inter-relação entre os critérios facilitadores e os critérios de resultados na procura de causalidades. Neste sentido espera-se que a obtenção

do desempenho de excelência seja alcançado através de melhor desempenho nos critérios facilitadores que induzirá melhores resultados.

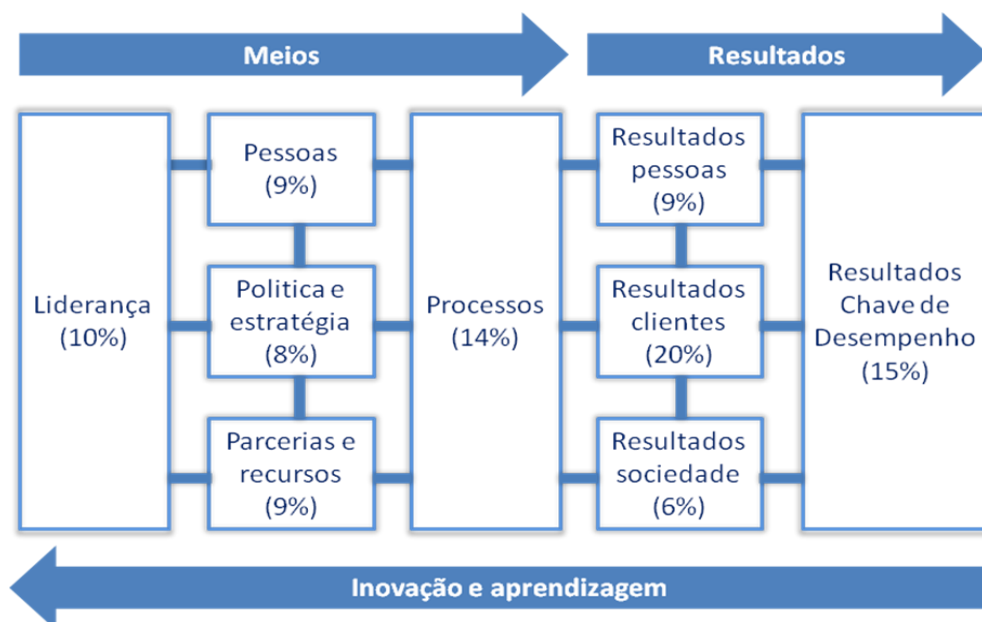


FIGURA 5: Modelo de Excelência da EFQM
(Fonte: António et. al., 2007, p. 128)

A avaliação preconizada por este modelo enquadra a forma como a satisfação das pessoas, clientes e sociedade estão a ser conseguidas, através de meios facilitadores de uma liderança efectiva pela gestão de recursos humanos, políticas e estratégias, parcerias e recursos e por processos, que caminham em direcção à excelência dos resultados.

Este modelo emerge como uma ferramenta de diagnóstico do estado actual de uma organização e através de processos de auto-avaliação, uma organização é capaz de obter informação completa, sistemática e regular das actividades e resultados. A utilização deste modelo possibilita à organização “isolar de uma forma clara os seus pontos fortes e áreas nas quais deve introduzir melhorias e propõe acções de melhorias planeadas que podem ser monitorizadas” (António et. al., 2007, p. 129).

3.5. As normas ISO

Existem fundamentalmente três modelos de gestão da qualidade: as cartas de qualidade, o modelo de excelência e as ISO 9000, sendo este último, séries standards reconhecidas internacionalmente e destinadas a garantir a qualidade (Rocha, 2011). A “*International Organization for Standardisation*” (ISO) é uma federação de organismos de normalização de 130 países, constituída em 1947. É uma organização não governamental com a missão de “promoção do desenvolvimento da normalização e actividades relacionadas, em todo o mundo, como elemento facilitador das trocas comerciais de bens e serviços, dentro dos princípios da Organização Mundial do Comércio” (Associação Portuguesa de Certificação [APCER], 2003, p. 5).

Segundo a APCER (2003) as normas da família ISO 9000 constituem uma referência para a implementação de Sistemas de Gestão da Qualidade (SGQ), e são representativas de um consenso entre os vários países, sobre as boas práticas de gestão, com o objectivo subjacente de garantir o fornecimento de produtos que satisfaçam os requisitos dos clientes, assim como a prevenção de problemas e a cultura da melhoria da qualidade.

A APCER apresenta o modelo de um SGQ, preconizado pelas normas da família ISO 9001:2000, sendo este baseado em processos, conforme ilustrado na figura 6.

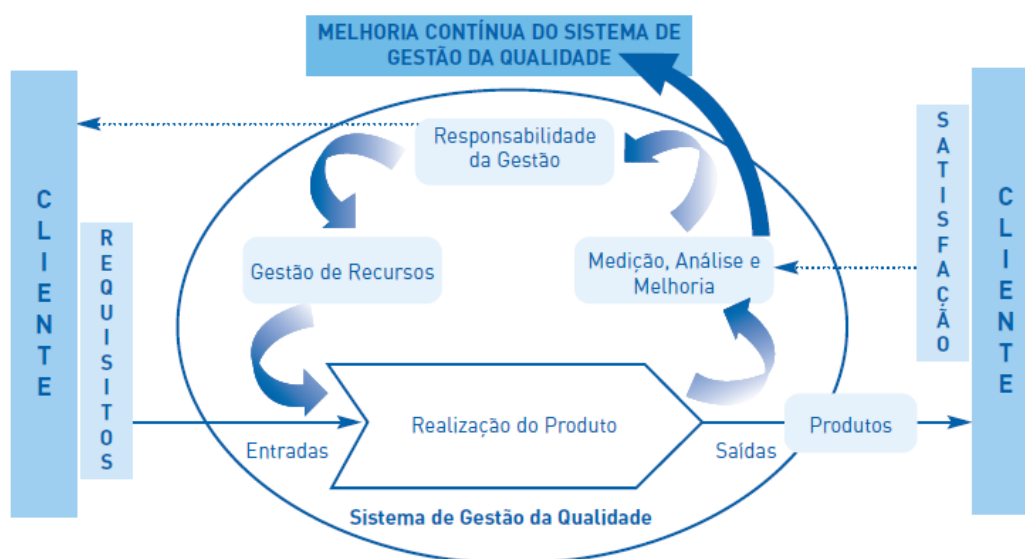


FIGURA 6: Modelo de SGQ das Normas ISO 9001: 2000
(Fonte: APCER, 2003, p. 8)

Em 1998 foi formalizado a definição de oito princípios da gestão da qualidade com a finalidade de estabelecer uma base sólida para os novos referenciais normativos, facilitar a definição de objectivos da qualidade, potenciar a sua utilização como elementos fundamentais para a melhoria de desempenho das organizações e promover uma aproximação e alinhamento dos referenciais normativos com a maioria dos modelos de excelência e de qualidade total, sendo eles a focalização no cliente, liderança, envolvimento das pessoas, abordagem por processos, abordagem da gestão como um sistema, melhoria contínua, abordagem à tomada de decisões baseadas em factos, e relações mutuamente benéficas com fornecedores (APCER, 2003).

3.6. A qualidade em serviços de saúde

A qualidade nos serviços de saúde, é já hoje e cada vez mais no futuro, uma opção estratégica, absolutamente inquestionável, que pressupõe medição e avaliação, com base em informação rigorosa permitindo caminhar para o conceito de qualidade global (Roseira, in Sale, 2000).

O sector dos serviços têm vindo a crescer em quase todas as economias do mundo. À medida que uma economia se desenvolve o emprego no sector da agricultura e manufactura decresce, aumentando significativamente o emprego no sector dos serviços, “Os serviços representam o ‘grosso’ da economia de hoje e também são responsáveis por grande parte da criação de novos empregos” (Lovelock et. al., 2006, p. 4). Quer isto dizer que os serviços estão a crescer devido a uma mudança que nos afecta a todos de uma forma drástica no modo como vivemos e trabalhamos, isto deve-se ao aumento da produtividade, à automatização na agricultura e na indústria, ao aumento da procura nos serviços tradicionais e ao aparecimento de novos serviços que são lançados continuamente para satisfazer as necessidades das pessoas, se olharmos para a última década observamos que a maioria das pessoas não sentia a necessidade de correio electrónico, de serviços bancários on-line, etc.

Se procuramos definir serviços não é uma tarefa fácil, uma vez que, usualmente o conceito serviço contrapõe o conceito de produto, considerando que um produto é qualquer objecto físico, apropriável, transferível e cujo consumo é precedido pela sua

produção, em contraposição o serviço segue uma linha contrária, uma vez que a sua venda, prestação e consumo são simultâneos. Segundo este pressuposto existe uma grande variedade de bens que não são produtos nem serviços, mas sim uma abrangência variada de elementos tangíveis e intangíveis. Neste sentido, Cook refere que, “A dicotomia «serviços versus produtos» carece de sentido, já que ambos são interdependentes e se apoiam mutuamente” (Vieira 2000, p. 21).

Numa tentativa de definir serviços, Lovelock et. al. (2006, p. 8) referem que “Um serviço é um acto ou desempenho oferecido a outro”, isto é, mesmo que o serviço esteja associado a um produto, a sua prestação é transitória, apresenta uma natureza intangível e não é possível a posse de qualquer elemento da sua produção. Acrescentando que “Um serviço é uma actividade económica que cria valor e proporciona benefícios a clientes em horários e locais específicos, efectuando uma mudança desejada em quem recebe o serviço, ou em seu nome” (Lovelock et. al., 2006, p. 8).

Para descrever as características que distinguem os serviços, Vieira (2000), aponta a intangibilidade, a simultaneidade, a heterogeneidade e a perecibilidade, como características próprias dos serviços.

A intangibilidade é das características mais citadas por diversos autores, considerando a intangibilidade “a ausência de transferência de propriedade e transacção” (Vieira, 2000, p. 23), não dando lugar à sua posse, mas só unicamente ao seu consumo. Os serviços são caracterizados pela incerteza na sua aquisição devido à impossibilidade de o consumidor experimentar ou sentir o serviço antes da sua compra (Farhangmehr et. al., 1997).

A simultaneidade dos serviços também é uma das características muito citadas por vários autores. Para que ocorra a prestação do serviço é necessário a presença do cliente ou a sua intervenção, isto leva a que a produção e consumo ocorrem em simultâneo (Vieira 2000), ou seja, a prestação do serviço é caracterizada pela inseparabilidade uma vez que a sua produção e o consumo são efectuados ao mesmo tempo, existindo uma interacção entre o cliente e o fornecedor do serviço (Farhangmehr et. al., 1997).

A heterogeneidade do serviço está directamente relacionado com a interacção do prestador e o cliente, desta forma os serviços são menos uniformes, standardizados e sujeitos a variações (Vieira, 2000). O nível da qualidade da prestação de um serviço está intimamente ligada a quem, quando, como e onde este é prestado, conduzindo assim, a uma variabilidade única de cada serviço prestado (Farhangmehr et. al., 1997).

A perecibilidade dos serviços deve-se à participação activa e necessária do cliente, ou seja, na sua co-produção. Se a capacidade de prestação de serviço está sempre disponível, e uma vez que a sua produção ocorre em simultâneo ao consumo não é possível armazenar o serviço (Vieira, 2000).

Por sua vez, Lovelock et. al. (2006), fazem uma descrição mais abrangente e detalhada em relação às características dos serviços. Eles abordam características dos serviços como os clientes, os produtos, os elementos intangíveis, o envolvimento dos clientes, outras pessoas a fazerem parte do produto total, a variabilidade entre “inputs” e por último, os canais de distribuição.

Se neste momento procurássemos relacionar as características dos serviços com a qualidade e se colocássemos a questão, o que é qualidade? A sua definição não seria fácil porque, segundo Pinto, et. al. (2006, p. 222), a evolução do conceito de qualidade sofreu várias alterações ao longo do tempo e a “qualidade tem a ver com muitos factores: por exemplo, com características técnicas, design, durabilidade, preço, etc.”

Hesbeen (2001, p. 45), refere que a qualidade é frequentemente interpretada “como a excelência ou ainda como o que há de melhor” ou seja, a qualidade explicada com uma conotação de perfeição, permitindo assim, a interrogação “de que ponto de vista são expressas esta perfeição ou esta excelência? Será o dos profissionais, o dos doentes, o das famílias, o da administração, o dos organismos que financiam?” Eiglier et. al. (1998), referenciados por Serapioni (1999), vêem o conceito de qualidade como sendo constituído por dois elementos, um objectivo e o outro subjectivo. A objectividade da qualidade está relacionada com os componentes físicos do produto e a subjectividade está relacionada com a satisfação do cliente segundo a sua percepção e as suas expectativas. Para estes autores, no sector dos serviços, a qualidade limita-se à satisfação do cliente em determinada situação, ou seja, não existe separação entre o momento da produção e da distribuição. Mas, Hesbeen (2001, p. 46) acrescenta, “importa também determinar o momento em que é apreciada essa excelência porque com o correr do tempo, por vezes, acontecem mudanças de opinião surpreendentes.”

Vários autores na área da saúde consideram que a qualidade para além de atender à satisfação dos clientes tem de atender à satisfação dos profissionais e à eficácia dos cuidados de saúde. Por isso, também é necessário considerar outros factores objectivos como, a aceitabilidade, a adequação do processo de diagnóstico e da terapia, o

comportamento dos médicos e dos outros profissionais diante dos pacientes, a rapidez na resposta ao requerimento de tratamento etc. (Serapioni, 1999).

Mas apesar de tudo, é essencial ter sempre presente que, “se qualidade representa satisfação do cliente, então quem, em última análise avalia se o produto tem qualidade ou não, é o próprio cliente! O cliente, o utilizador do produto, é que sabe se este o satisfaz” (Pinto et. al., 2006, p. 223).

Como é sabido a filosofia da melhoria contínua da qualidade foi aplicada primeiro à indústria, com grandes resultados, e só depois aos serviços de saúde que se deparam, aliás, com alguma dificuldade em assimilarem e utilizarem os termos fornecedor, produto e cliente. No entanto, Mezomo (2001, p. 106), procura amenizar os cépticos quando os caracteriza como “organizações que utilizam ‘recursos’, que executam ‘processos’ e que objectivam ‘resultados’” defendendo por isso a utilização dos princípios de administração desta filosofia de melhoria contínua da qualidade.

No entanto, os objectivos fundamentais da qualidade nos serviços de saúde são o respeito pela pessoa humana, a equidade na distribuição dos cuidados de saúde, a paz que deriva da equidade e a valorização da dimensão ética da organização e do trabalho profissional. A qualidade pode ser entendida então como sendo “um conjunto de propriedades de um serviço (produto) que o tornam adequado à missão de uma organização (empresa) concebida como resposta às necessidades e legítimas expectativas de seus clientes” (Mezomo, 2002, p. 73).

3.7. Os sistemas de melhoria contínua da qualidade em serviços de saúde

A partir dos finais dos anos setenta o sistema público de saúde entrou em crise, acentuou-se nos anos noventa, levando a várias respostas, nomeadamente a reestruturação dos serviços nacionais de saúde e adopção de sistemas de melhoria contínua da qualidade (Rocha, 2011).

Segundo Mezomo (2001, p. 119) a qualidade nos dias de hoje “deixou de ser uma opção e passou a ser uma obrigação e uma necessidade... porque o mercado está cada dia mais

competitivo.” Isto porque, a qualidade agrega várias vantagens para as organizações que produzem ganhos internos e externos, sendo estes apresentados no quadro 4.

Ganhos internos	Ganhos externos
<ul style="list-style-type: none"> • A criação de um clima organizacional positivo • A melhoria do moral das pessoas • Redução dos custos e diminuição do desperdício • Aumento da produtividade da organização • Aumento da eficiência e da eficácia dos cuidados de saúde • Maior cumprimento das normas e adequação às expectativas dos pacientes • Aumento da responsabilidade pessoal e por sua vez diminuição ou eliminação da necessidade de controlo 	<ul style="list-style-type: none"> • Aumenta a competitividade e a participação no mercado • Aumenta a procura de cuidados • Aumenta a credibilidade e confiança na prestação de cuidados • Aumenta o lucro da organização que por sua vez pode realizar novos investimentos • Aumenta a satisfação do paciente • É prestado um melhor serviço à sociedade, o que vai de encontro ao verdadeiro sentido da missão da organização

QUADRO 4: Ganhos internos e externos da qualidade
(adaptado de Mezomo, 2001, p. 121)

Para Juran, a Melhoria Contínua da Qualidade (MCQ) consiste na mudança organizada e salutar no sentido de obter níveis de desempenho como nunca antes conseguidos, isto pressupõe “uma intenção organizacional, uma estrutura que suporte e dê continuidade às respectivas actividades e ainda cultura, liderança e envolvimento dos profissionais” (Silva et. al., 2004, p. 9).

Por sua vez, Mezomo (2001, p. 183), descreve a melhoria contínua da qualidade, na área da saúde, como “um processo organizacional estruturado para envolver as pessoas no planeamento e execução de um fluxo contínuo de melhorias nos sistemas, de modo a oferecer cuidados de saúde que atendam e excedam as expectativas dos clientes”, por outro lado, Silva et. al. (2004, p. 9), dizem que a MCQ assenta “na melhoria organizada e persistente da estrutura, dos processos e dos resultados dos hospitais.”

Para o florescimento de uma melhoria contínua da qualidade, Bewick, citado por Sale (2000, p. 143), refere ser necessário desenvolver, em sincronia, “três aspectos essenciais: Esforços para conhecer cada vez mais a fundo o cliente e ir associando constantemente esse conhecimento às actividades diárias da organização; Esforços para modelar a cultura da organização, principalmente através das acções dos líderes, no sentido de promover o

brio, a alegria, a colaboração e o pensamento científico; e Esforços para aumentar de forma continuada os conhecimentos acerca do controlo da variação dos processos de trabalho através da utilização generalizada de métodos científicos de recolha de dados, análise e acções daí derivadas.”

Já para Mezomo (2001) o processo de melhoria contínua da qualidade nos serviços de saúde tem de conter as seguintes características: capacitar os médicos e gestores para a análise e melhoria dos processos; adoptar o princípio de que as preferências dos clientes são a principal determinante da qualidade e que o termo cliente inclui os pacientes e os fornecedores no processo; desenvolver a multidisciplinaridade de profissionais e departamentos; e promover a motivação para uma abordagem cooperativa, racional e fundamentada em dados do processo de análise e mudança.

Por sua vez, Silva et. al. (2004), referem que, para abordar o tema de melhoria contínua da qualidade é indispensável ter presente que o cerne de uma organização é formado pelos clientes e na área da saúde os principais clientes são os doentes, por isso, os processos são desenvolvidos no sentido da sua satisfação. Segundo Hesbeen (2001, p. 43), podemos considerar como componentes essenciais para um cuidar de qualidade “O acolhimento, o ouvir, a disponibilidade e a criatividade dos prestadores de cuidados associada aos seus conhecimentos de natureza científica e às competências técnicas”.

No entanto, Silva et. al. (2004), dizem que também é necessário relembrar que existem outros clientes, como por exemplo os profissionais, os voluntários, a comunidade, as seguradoras, etc., para os quais as organizações de saúde têm o dever de promover o bom relacionamento e de atender à satisfação das suas necessidades específicas.

Ainda podemos dizer que, o processo de MCQ não procura culpados mas sim oportunidades de melhoria, neste sentido, as pessoas deixam de ser problema para fazerem parte da solução e pretende-se que estas se tornem responsáveis em todos os processos que desempenham. Assim, o processo de MCQ é fundamentado em dados concretos e as soluções são tomadas atempadamente de forma a prevenir a repetição de erros e eventuais problemas (Mezomo, 2001).

Para abordar o tema qualidade, ainda segundo Mezomo (2001), é preciso ter presente pelo menos três conceitos, que são: missão, serviços e a satisfação do cliente, considerando que não é possível satisfazer os clientes, se os serviços não forem adequados às suas necessidades e se o atendimento deles não estiver previsto na própria definição da missão” da instituição. A partir daqui ele define qualidade como sendo a “Adequação dos serviços

(produtos) à missão da organização comprometida com o pleno atendimento das necessidade de seus clientes” (Mezomo, 2001, p. 111). Quando se fala em serviços de saúde é possível identificar alguns componentes da qualidade que estão directamente ligados à qualidade, à ciência e à tecnologia dos cuidados e à sua aplicação na prática dos cuidados de saúde.

Por seu lado, Donabedian (2003, p. 4), afirma que a qualidade pode ser concebida como o produto de dois factores. Um factor é a ciência e a tecnologia dos cuidados de saúde e o outro é a forma como é aplicada a ciência e a tecnologia nas práticas actuais de saúde. O produto alcançado na prática dos cuidados pode ser caracterizado por sete atributos onde se incluem: a eficácia, a efectividade, a eficiência, a optimização, a aceitabilidade, a legitimidade e a equidade. Estes atributos avaliados individualmente ou em múltiplas combinações constituem uma explicação da qualidade e a sua medição, nas variadas combinações possíveis, determina a magnitude da qualidade (Figura 7).

Também, Maia et. al. (2011) partilham a mesma ideia de que a qualidade, não é um atributo abstracto, mas algo com atributos comuns que assenta em pilares iguais aos referidos por Donabedian.

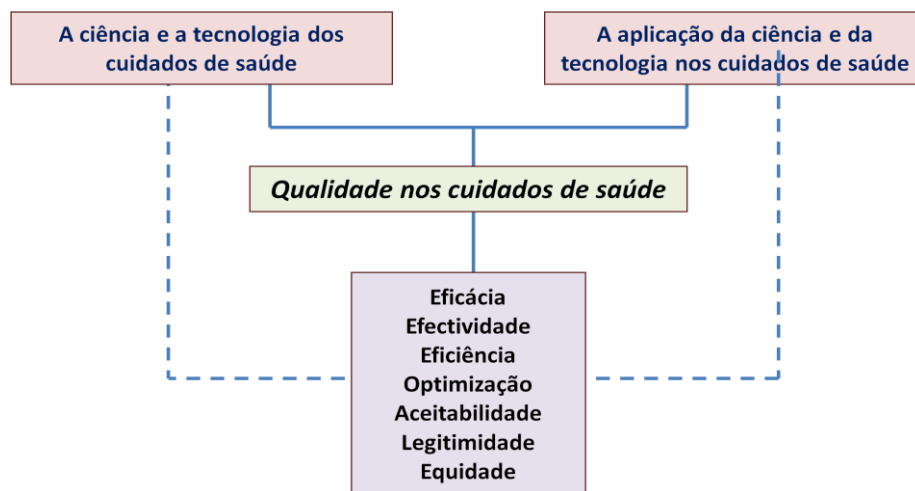


FIGURA 7: Componentes da qualidade nos cuidados de saúde
(Fonte: Donabedian, 2003, p. 4)

A eficácia representa a capacidade da ciência e da tecnologia em alcançarem melhorias no estado de saúde quando usadas sob as condições mais favoráveis. No entanto, uma vez que nem sempre é possível especificar e controlar as condições mais favoráveis, o termo mais favorável configura um conceito vago e alargado. Por outro lado, a eficácia não é por

si só, um objecto de monitorização sempre que é avaliada a qualidade da prática dos cuidados, esta é um produto de pesquisa, experiência e consenso profissional. Por último, o padrão estabelecido pela ciência e pela tecnologia dos cuidados de saúde não são específicos da eficácia, mas extensivos a outros atributos da qualidade. Portanto, podemos dizer que a eficácia representa as referências com os quais os resultados obtidos devem ser comparados.

A efectividade é o grau obtido de melhoria da saúde, ou seja, é a relação existente entre as melhorias de saúde atingíveis e as que realmente são atingidas. Isto permite a comparação entre o desempenho real e o desempenho que a ciência e a tecnologia dos cuidados de saúde, sob condições específicas, podem, previsivelmente, atingir.

A eficiência é a capacidade em reduzir os custos dos cuidados de saúde, sem diminuir as melhorias possíveis da saúde. Esta pode ser expressa pela relação entre a melhoria de saúde esperada de determinado cuidado avaliado e os custos desse cuidado. Isto quer dizer que, para um determinado custo a efectividade aumenta se houver melhoria da saúde, ou então, se é alcançado um determinado grau de melhoria da saúde através de menores custos.

A optimização é o equilíbrio desejado entre as melhorias na saúde em relação ao custo dessas melhorias. Isto pressupõe que exista uma optimização entre o custo e o benefício dos cuidados de saúde num ponto em que melhores benefícios podem ser conseguidos a menor custos relativamente aos benefícios.

A aceitabilidade é a adequação dos cuidados de saúde em relação às aspirações, desejos e expectativas dos pacientes e suas famílias.

A legitimidade é a adequação dos serviços de saúde às preferências sociais expressas em princípios éticos, valores, normas, regulamentos leis e costumes.

A equidade é a conformidade com os princípios de justiça e honestidade na distribuição de cuidados de saúde e seus benefícios entre os membros de uma população.

No entanto, não podemos considerar únicos os contributos da qualidade defendidos por Donabedian, uma vez que outros autores também apresentaram outras dimensões para a qualidade como por exemplo Maxwell refere que a qualidade dos cuidados de saúde aborda seis dimensões distintas da qualidade, sendo estas, o acesso aos serviços de saúde, a relevância da necessidade dos cuidados de saúde, a eficácia para o paciente, a equidade, a aceitabilidade social e a economia e eficiência dos cuidados de saúde (Dick, 1996).

Donabedian foi um médico, considerado o “grande mestre da qualidade em saúde” (Mezomo, 2001, p. 73), que “desenvolveu um modelo de avaliação da qualidade que se tornou o padrão no domínio dos serviços de saúde” (Revere et. al., 2004). Apesar da contribuição de outros autores o modelo de medição de prestação de cuidados de saúde, usado actualmente, é o modelo de Donabedian “Introduzido pela primeira vez em 1966” (World Health Organization, 2010, p. 133).

Este modelo consiste na avaliação da qualidade em saúde, assente em três componentes essenciais: estrutura, processo e resultados, conforme descrito na figura 8.



FIGURA 8: Aspectos para a avaliação da qualidade (adaptado Donabedian, 2003)

Desde o aparecimento do modelo de Donabedian foram vários os autores que vieram comentar a importância dos aspectos que o constituem na avaliação da qualidade em saúde, dos quais destacamos alguns que o fizeram na última década, nomeadamente, Maia et. al. (2011), Hayes (2007), Komashie et. al. (2007), Hurst (2005), Paneque (2004), Revere et. al. (2004), Mezomo (2001) e mesmo a própria World Health Organization (2010).

Donabedian (2003) considera que o seu modelo, devido à sua simplicidade e capacidade de utilização intuitiva, foi amplamente aceite, embora nem sempre bem entendido ou bem utilizado. Na verdade, tem havido algumas sugestões no sentido de alterar e/ou acrescentar algumas mais-valias ao modelo de Donabedian, assim como, também tem existido algumas controvérsias mais ou menos relevantes em relação ao referido modelo.

Neste sentido Mezomo (2001, p. 116) refere que devemos acrescentar a estas características o tipo de administração utilizado, se esta se baseia em princípios modernos da filosofia da qualidade (melhoria contínua da qualidade), ou se baseia nos conceitos tradicionais de administração científica, já ultrapassados e que já não respondem às necessidades das organizações modernas. Segundo ele, “somente a utilização da filosofia da qualidade pode garantir os resultados desejados pelo redesenho constante dos processos adoptados” (Mezomo, 2001, p. 116). E defende que a administração da qualidade pressupõe os seguintes princípios: uma administração participativa; trabalho em equipa; um processo de educação contínua de todos e a todos os níveis da organização; o compromisso e envolvimento de todos na melhoria contínua da qualidade; a utilização de uma metodologia na resolução de problemas; o apoio à mudança, à criatividade e à inovação; a definição da missão da organização; uma visão de futuro; a utilização de práticas de benchmarking; uma avaliação permanente; e a tomada de decisões fundamentadas em dados objectivos e não por intuição (Mezomo, 2001).

Segundo Donabedian (2003), nem sempre a classificação das três áreas da avaliação dos cuidados de saúde, são bem compreendidas, fazendo desta forma algumas considerações acerca da estrutura, dos processos e dos resultados. Nesse sentido, ele refere que a estrutura, os processos e os resultados não são atributos de qualidade, eles são apenas o tipo de informação que se pode obter, com base na qual se pode depreender se a qualidade é boa ou não. Não se pode retirar conclusões sobre a qualidade a menos que haja uma relação pré-determinada entre as três abordagens, de modo que a estrutura influencia o processo e por sua vez o resultado sofre influências do processo, como mostra a figura a seguir apresentada (Figura 9).

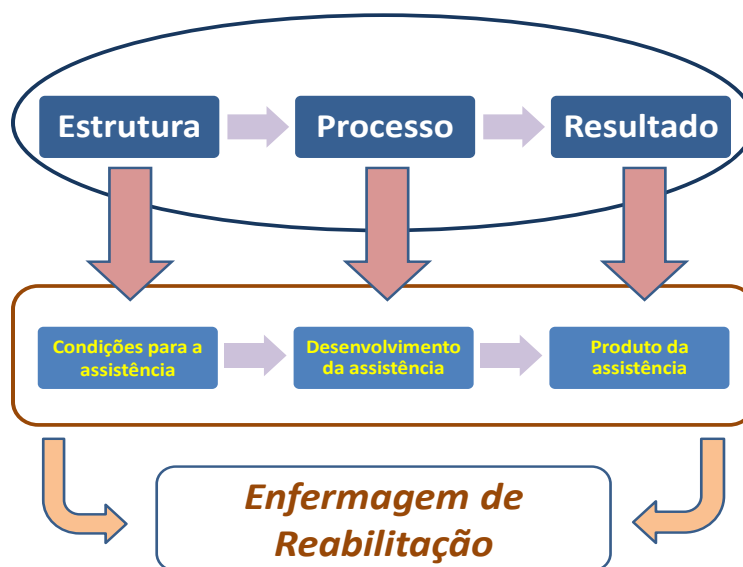


FIGURA 9: Relação entre estrutura, processo e resultado no âmbito da enfermagem de reabilitação (adaptado Donabedian, 2003, p. 47)

Neste sentido, o desenvolvimento dos processos de assistência da enfermagem de reabilitação sofrem a influência das condições da estrutura para a assistência e por sua vez os resultados da assistência da enfermagem de reabilitação sofrem influência dos processos de assistência. Considerando que, a qualidade da assistência da enfermagem de reabilitação decorre da influencia das condições, do desenvolvimento dos processos e dos resultados obtidos da assistência.

No entanto, esta tríade de elementos não é formada por partes autónomas e dissociadas entre si, mas sim, por elementos intimamente ligados e inter-relacionados, que mantêm uma certa linha de causalidade e efeito, sendo necessário avaliar com cuidado (Mezomo, 2001).

Por sua vez, a *World Health Organization* (2010, p. 133) refere que “A força do modelo de Donabedian reside nas relações entre estes indicadores” ou seja “a estrutura influencia o processo e o processo por sua vez, influencia o resultado” e “a avaliação global dos cuidados de saúde prestados exige a compreensão dos três elementos, individualmente, e as relações entre eles.”

Mezomo (2001) acrescenta que, uma boa estrutura e a existência de processos adequados contribui para o alcance de bons resultados. No entanto, ressalva que, esta relação nem sempre existe entre os elementos, uma vez que, é possível obter resultados

excelentes sem existir uma boa estrutura e estando os processos a um nível abaixo do padrão, assim como, é possível deter uma estrutura excelente, processos acima do padrão e não obter os resultados desejados. Por isso conclui que, há uma série de factores condicionantes por parte dos pacientes e dos profissionais que são difíceis de identificar e de controlar. Uma vez que não é a regra, logo “é preciso buscar permanentemente a melhoria da estrutura e dos processos para ‘garantir’ os melhores resultados, embora esta relação seja mais uma probabilidade do que uma certeza” (Mezomo, 2001, p 118).

Já Peneque (2004) refere que a estrutura mais perfeita não garante a qualidade e acrescenta que, o processo e o resultado não podem existir sem a estrutura mesmo que esta possa abranger diversas variantes do próprio processo. A relação entre estrutura e qualidade deriva principalmente de que algumas deficiências do processo podem ser, pelo menos parcialmente, explicadas por problemas de estrutura.

No entanto, Mezomo (2001) diz que, os maus resultados devem ser evitados e as suas causas averiguadas e eliminadas na medida do possível, pelo acompanhamento contínuo dos processos, “garantia da qualidade”, e pela sua melhoria sistemática, uma vez que, quando os maus resultados acontecem o dano já foi causado e já não é possível reparar. O mesmo reforça que a forma de avaliar se os serviços de saúde produzem qualidade, é criar e analisar indicadores baseados na tríade de estrutura, de processo (clínicos e administrativos) e de resultados (de serviços e satisfação dos clientes).

O desenvolvimento e utilização de indicadores de qualidade nos hospitais já vem de longa data, existindo actualmente centenas de indicadores que permitem avaliar a qualidade dos cuidados de saúde nos hospitais (Peneque, 2004). A aplicação dos indicadores e a avaliação das unidades de saúde deve ser feita “através de entrevistas, da observação directa, da revisão de documentos e da análise do prontuário médico (prontuário do paciente)” (Mezomo, 2001, p. 25).

3.8. A enfermagem de reabilitação

A enfermagem tem vindo a acompanhar as múltiplas transformações socioeconómicas e tecnológicas, trazendo às populações grandes melhorias, levando ao desenvolvimento técnico e científico da própria profissão. Pelo que, impôs-se a necessidade dos enfermeiros

reflectirem sobre as suas práticas e as implicações que elas têm nos cuidados, de forma a contribuir para a melhoria dos cuidados prestados. O exercício profissional dos enfermeiros insere-se num contexto de actuação multiprofissional incorporando acções que podem ser autónomas e interdependentes. Surge então, a necessidade de explicitar alguns conceitos, nomeadamente de enfermeiro e enfermeiro especialista.

Em 1996 com a publicação do Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem (REPE) (Decreto-Lei nº 161/96, alterado pelo Decreto-Lei n.º 104/98) define, no seu n.º 2 do artigo 4º, o enfermeiro como “o profissional habilitado com um curso de enfermagem legalmente reconhecido, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária”.

E, no seu n.º 3 do mesmo artigo, define como enfermeiro especialista “O enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade”.

No REPE (Decreto Lei nº 161/1996, p. 2961), em suma, os objectivos fundamentais dos enfermeiros são a “promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação e a reinserção social” e o exercício da actividade de enfermagem, além da prática clínica, considera as áreas de gestão, investigação, docência, formação e assessoria.

Em Dezembro de 2001 a Ordem dos Enfermeiros, cumprindo uma obrigação estatutária, faz publicar, através do seu Conselho de Enfermagem, os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Neste documento é realizado um enquadramento conceptual aos paradigmas da enfermagem, assim como, a exposição dos enunciados descritivos de Qualidade do Exercício Profissional dos Enfermeiros referentes: à Satisfação do Cliente; à Promoção da Saúde; à Prevenção de Complicações; ao Bem-Estar e Auto cuidado; à Readaptação Funcional; e à Organização dos Cuidados de Enfermagem (Ordem dos enfermeiros, 2002). Os enunciados descritivos “visam explicitar a natureza e englobar os diferentes aspectos do mandato social da profissão de enfermagem” ajudando a “precisar o papel do enfermeiro junto dos clientes, dos outros profissionais, do público e dos políticos” (Ordem dos Enfermeiros, 2002, p. 11).

Fazendo uma pequena alusão a cada um destes itens, no âmbito da Satisfação do Cliente o enfermeiro deve procurar respeitar a individualidade do utente quanto às suas capacidades, crenças e valores, procurando, pela empatia, estabelecer parcerias com o utente e conviventes significativos no processo de cuidados.

Na Promoção da Saúde, o enfermeiro deve identificar a “situação de saúde da população e dos recursos do cliente/família e comunidade” (Ordem dos Enfermeiros, 2002, p. 12), para deste modo, ajudarem os utentes a alcançarem o seu potencial máximo de saúde, mobilizando todos os recursos disponíveis.

No âmbito da prevenção de Complicações, o enfermeiro deve, de acordo com o seu mandato social, utilizar o processo de enfermagem para, deste modo, evitar os problemas ou minimizar os seus efeitos nefastos.

Quanto ao Bem-Estar e Auto cuidado o enfermeiro deve, maximizar “o bem-estar dos clientes e suplementar/ completar as actividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente” (Ordem dos Enfermeiros, 2002, p. 13), nomeadamente, através da utilização do processo de enfermagem. Ainda neste domínio o enfermeiro deve referenciar situações problemáticas que identifique, para outros profissionais de acordo com os respectivos mandatos sociais, responsabilizando-se pelas decisões que toma e pelos actos que pratica e que delega (Ordem dos Enfermeiros, 2002).

Face à Readaptação Funcional o enfermeiro deve, em parceria com o utente, utilizar estratégias eficazes de adaptação aos problemas de saúde identificados, tendo sempre como objectivo a “continuidade do processo de prestação de cuidados de enfermagem” (Ordem dos Enfermeiros, 2002, p. 14).

Por último, na Organização dos Cuidados de Enfermagem deve existir “um quadro referencial para a prática de enfermagem” (Ordem dos Enfermeiros, 2002, p. 15), que incorpore metodologias promotoras da qualidade, na organização dos cuidados de enfermagem através, nomeadamente, da utilização de um sistema de registos eficaz, que tenha como base o processo de enfermagem.

Em 2011, a Ordem dos Enfermeiros regulamenta as competências comuns do Enfermeiro especialista definindo que “Especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção” (Regulamento nº

122/2011, p. 8648). Por outro lado, refere que, “A reabilitação, enquanto especialidade multidisciplinar compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência e a máxima satisfação da pessoa e, deste modo, preservar a auto-estima” (Regulamento nº 125/2011, p. 8658).

A figura 10 ilustra o número de membros inscritos na Ordem dos Enfermeiros em 31 de Dezembro de 2010, os valores apresentados representam o universo de membros inscritos efectivos e activos.

Enfermeiros Generalistas				
Titulos	F	M	Total	
ENFERMEIRO GENERALISTA	42138	9765	51903	

Enfermeiros Especialistas				
Titulos	F	M	Total	
ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	1314	648	1962	
ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE S. I. E PEDIÁTRICA	1550	99	1649	
ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE S. M. E OBSTÉTRICA	2205	124	2329	
ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA	1319	448	1767	
ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM NA COMUNIDADE	1457	242	1699	
ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM S. M. E PSIQUIÁTRICA	862	402	1264	
Enfermeiro(a) Puericultor(a) - RFA *	2	0	2	
Parteiro(a) - França *	1	0	1	
Total	8710	1963	10673	

* Títulos reconhecidos

Nota: a soma dos enfermeiros generalistas com os especialistas é superior ao total de enfermeiros, porque existe enfermeiros com mais de um especialidade.

FIGURA 10: Enfermeiros activos na Ordem dos Enfermeiros em 2010
(Fonte: Ordem dos Enfermeiros)

A enfermagem sempre desenvolveu o seu papel de reabilitadora, mesmo que empiricamente, como por exemplo, através de movimentos activos e passivos prestados aos clientes acamados e internados nos hospitais. “O âmbito da enfermagem de reabilitação vai desde a prevenção primária até aos níveis agudos e sub-agudos e é o sustentáculo da intervenção terciária na comunidade e nas transacções ao longo da vida” (Hoeman, 2000, p. 3).

Assim, ao evidenciarmos a reabilitação como uma das componentes importantes na qualidade dos cuidados, é indispensável definir o que se entende por reabilitação. Tradicionalmente definida como um processo médico de recuperação, entendemos que a sua dimensão actualmente é muito mais globalizante. De acordo com Storm (1989), citado

por Martins (2002, p. 88), “A reabilitação é um processo único, contínuo, progressivo, global e precoce, não apenas médico ou social, ou profissional, mas sempre complexo, interdisciplinar e realizado na perspectiva do indivíduo”. Com esta orientação, o processo de reabilitação não pode terminar no hospital, nem no momento da alta do indivíduo (Martins, 2002).

Por sua vez, Stryker citado por Hoeman (2004, p. 13), definiu a enfermagem de reabilitação como um “processo criativo que começa nos cuidados preventivos imediatos, no primeiro estágio de doença ou acidente, continua na fase de recuperação e implica a adaptação de todo o ser a uma nova vida”. No entanto, importa não esquecer que o conceito de reabilitação é amplo e a reabilitação se pode dar a vários níveis. Como refere Figueiredo et. al. (2004) “o processo de reabilitação envolve componentes físicos, psicológicos, sociais...”.

A enfermagem de reabilitação a par com outras especialidades precisa reconhecer “que a melhoria da qualidade envolve análise e revisão das práticas em relação aos seus resultados, avalia a qualidade, e, partindo dos resultados, implementa programas de melhoria contínua” (Regulamento nº 122/2011, p. 8651). Enquadrando-se na problemática abordada neste percurso, este capítulo surgiu de forma a organizar o referencial teórico, de forma a construir os alicerces que irão servir de base a este estudo. Iniciamos com uma abordagem sobre a evolução da qualidade, referindo alguns dos seus precursores, realçando o ciclo de Deming, como estratégia para clarificar o modelo em análise. Por outro lado, foram abordados conceitos como o modelo de excelência, as normas ISO, os sistemas de melhoria contínua da qualidade em serviços de saúde, onde destacamos Donabedian o “grande mestre da qualidade em saúde”. Este autor, ao qual se seguiram diversos autores, concebeu a abordagem da qualidade mais bem sucedida de aplicabilidade à saúde através da tríade “estrutura-processo-resultados”.

4. CONTRIBUTOS DA ESTRUTURA PARA A MELHORIA DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Ao longo dos próximos capítulos são apresentados os conteúdos das entrevistas, descritos em três grandes temas: Estrutura, Processo e Resultados, dado que, da análise dos discursos dos participantes, denotamos uma corrente de grande aproximação ao modelo de Donabedian (2003). Nesta apresentação vamos seguir as três grandes áreas do próprio modelo, estrutura, processo e resultado, acrescentando os discursos específicos dos participantes, assim como conceptualizando na perspectiva de alguns autores.

“A **Estrutura** é o alicerce da qualidade dos cuidados de saúde, que engloba as entradas de recursos, tais como as configurações físicas e organizacionais (edifícios, laboratórios, médicos, cultura dos trabalhadores, etc.)” (Revere, et. al. 2004, p. 108). A mesma refere-se às características mais estáveis e serve para designar as condições em que os cuidados são prestados, nomeadamente: os recursos materiais, tais como as instalações, equipamentos e recursos financeiros; os recursos humanos, tais como a quantidade, variedade e qualificação dos profissionais; e a estrutura organizacional, tais como a organização das equipas médicas, de enfermagem e outros profissionais, a existência de funções de formação, ensino, pesquisa e investigação, o tipo de supervisão existente, a forma de avaliação de desempenho e os métodos de pagamento por cuidados de saúde prestados.

Paneque (2004) refere que, “A avaliação da estrutura implica os recursos materiais (Instalações, equipamentos e orçamento monetário), os recursos humanos (número e qualificação do pessoal) e outros aspectos institucionais ou de gestão (organização do pessoal médico e métodos para a sua avaliação)”. A avaliação da estrutura torna-se quase sempre fácil, rápida e objectiva porque engloba uma série de características estáticas e previamente estabelecidas, baseadas na obtenção de uma qualidade aceitável para um determinado momento. No entanto a sua utilização é limitada se a intenção for obter uma visão real da qualidade da gestão hospitalar.

Segundo Peneque (2004), Greyndt (1994) estabelece quatro categorias para os indicadores de estrutura, sendo eles a estrutura física, a estrutura ocupacional, a estrutura financeira e a estrutura organizacional.

A estrutura física, engloba fundações e construções de imóveis, mobiliário médico e de escritório, veículos, medicamentos e outros produtos farmacêuticos, armazéns e condições de armazenamento, equipas médicas e não médicas, quer sejam fixas ou móveis, e a manutenção dos imóveis.

A estrutura ocupacional (staff), inclui a qualidade e a quantidade de pessoal médico e não médico utilizado para prestar cuidados médicos, ou seja, o número e o tipo de pessoal por categoria profissional. Engloba também as relações entre as diversas categorias de profissionais, como por exemplo enfermeiro/médico, ou entre os profissionais e a população, como por exemplo médico/habitante, a experiência dos profissionais por tempo e por local e os critérios de desempenho do pessoal específico.

A estrutura financeira, inclui o orçamento disponível para os serviços trabalharem adequadamente, pagar aos trabalhadores, financiar os requisitos mínimos de entradas físicas e de pessoal e proporcionar incentivos aos profissionais com a finalidade de obter melhor desempenho.

E por último, a estrutura organizacional que reflecte, as relações entre a autoridade e a responsabilidade, a estrutura da organização, aspectos governamentais e de poder, a proximidade entre a responsabilidade financeira e a operacional, o grau de descentralização da capacidade de decisão e o tipo de decisões que são delegadas.

No âmbito dos contributos da **estrutura** para a melhoria dos cuidados de enfermagem de reabilitação, analisando o discurso dos participantes neste assunto consideramos existir cinco temáticas representadas por, instalações, equipamentos, recursos humanos, equipa de assistência e recursos organizacionais (Figura 11). Uma vez que os atributos associados à estrutura, como forma de avaliar a qualidade na enfermagem de reabilitação, foram visíveis nas narrativas dos entrevistados, vamos descrever os temas, as categorias e subcategorias que emergiram nessas narrativas, acrescentando trechos específicos dos discursos dos participantes para cada categoria/subcategoria.



FIGURA 11: Categorias e subcategorias associadas à Estrutura

São vários os autores que identificam a importância da avaliação das **instalações**, como item relevante na Estrutura, Donabedian (2003), Mezomo (2001) e Paneque (2004) e uma vez que estão visíveis várias referências às instalações no discurso dos participantes, identificamos como categoria no âmbito das instalações, o espaço físico e o ambiente de trabalho conforme apresentado na figura 11. Neste nível Hesbeen (2001, p. 63) salienta que a qualidade dos cuidados tem que ser associada a múltiplos aspectos concretos, tais como “A arquitectura da estrutura e dos serviços, concebida para uma fácil circulação das pessoas e dos materiais, para favorecer o convívio, a descrição e mesmo a intimidade. Que permita também aos profissionais reunir diariamente para discutirem ou estudarem as soluções mais eficazes para as situações com que são confrontados”.

O espaço físico é o local onde o trabalhador desenvolve o seu serviço, mas também todos os locais atravessados desde a entrada no hospital até ao final do dia de trabalho (Sagehomme, 1997). Ao longo das entrevistas (Quadro 5), verificamos a referência ao quarto do doente, ao WC e aos espaços para cuidados de reabilitação, tornando-se evidente que existe problemas, considerando que há participantes que referem “as instalações são do século passado” E1.

AREA TEMÁTICA: INSTALAÇÕES		
CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
Espaço físico	Quarto do Doente	<p>“o espaço para fazer reabilitação é muito pouco... para fazer treinos de equilíbrio para os levantar ... temos pouco espaço para fazer o levantar do doente” E4</p> <p>“por vezes quero levantar um doente e não tenho sequer onde pôr um cadeirão” E4</p> <p>“tenho que andar a tirar camas das salas para colocar um cadeirão... portanto, isso tudo condiciona um bocadinho a reabilitação.” E4</p> <p>“claro que se eu tiver umas instalações em que tenha um espaço grande entre um doente e outro em que eu possa mobilizar e em que eu possa adaptar as coisas é mais fácil” E11</p> <p>“o espaço entre camas” E9</p> <p>“Os espaços devem ser os mais amplos possíveis para permitir que uma pessoa não ande ali tipo “sardinha em lata”, não ande a fazer uma tosse assistida e a tossir para o outro doente do lado... tossir para cima do outro doente” E10</p>
	WC	<p>“No chuveiro as rampas são terríveis, o espaço é muito pequeno” E4</p> <p>“as nossas casas de banho são muito pequeninas” E6</p> <p>“quartos de banho melhores, com mais espaço” E5</p> <p>“temos um único chuveiro para o serviço todo” E8</p> <p>“temos somente um chuveiro com barras laterais” E8</p> <p>“casa de banho adaptadas” E8</p>
	Espaços para cuidados de reabilitação	<p>“um espaço próprio para treinar certo tipo de patologias..., doentes com AVC, doentes do foro neurológico (...) outro espaço próprio destinado a doentes do foro respiratório (...) fazia falta um espaço próprio para a reabilitação.” E3</p> <p>“Em termos de alimentação não temos também um espaço correcto para levar esse tipo de doentes” E3</p> <p>“dificuldades relacionadas com as infra-estruturas, nomeadamente falta de espaço... deveria ter mais espaço” E12</p> <p>“nós não temos um único espaço para reabilitação... o único espaço que temos dedicado á reabilitação é o armário onde guardamos as coisas” E1</p> <p>“devíamos ter um sitio onde pudéssemos treinar os auto cuidados do doente” E1</p>

QUADRO 5: Achados das entrevistas referentes ao espaço físico

O ambiente de trabalho é todo o contexto, a estrutura física no qual se efectua o nosso trabalho (Sagehomme, 1997). As condições ambientais devem ser uma preocupação, nomeadamente a iluminação, a climatização, a distribuição do ar, o ruído, a temperatura e a humidade. Alguns destes aspectos foram referidos pelos entrevistados, nomeadamente o ruído e o arejamento (Quadro 6).

AREA TEMÁTICA: INSTALAÇÕES		
CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
Ambiente de trabalho	Ruídos	“evitar os estímulos externos é muito complicado... é muito barulho, tem colegas a trabalhar com outros doentes, têm outros doentes a falar alto, a exigir isto e a exigir aquilo” E4 “ter menos barulho, mais sossego... às vezes é impossível, com a barulheira que está nas enfermarias.” E5 “é preciso proporcionar privacidade” E1 “há um zumbido e há um ruído de fundo que acaba por perturbar um bocadinho as coisas” E1
	Arejamento	“espaços amplos arejados” E6 “com muita luz e bem arejados” E4

QUADRO 6: Achados das entrevistas referentes ao ambiente de trabalho

Os **equipamentos** são elementos determinantes da estrutura, sendo nas entrevistas encontradas referências a este nível, nomeadamente actualização de equipamentos, os equipamentos imprescindíveis e a necessidade de improvisação de meios técnicos (Figura 11).

Na referência à necessidade da actualização dos equipamentos, “faz algum sentido em que os equipamentos sejam actualizados” E11, são referidas as camas, as cadeiras e ajudas técnicas (Quadro 7).

AREA TEMÁTICA: EQUIPAMENTOS		
CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
Actualização de equipamentos	Camas	“em 25 camas temos só aí umas cinco camas hidráulicas, portanto as camas não dão para subir e descer em altura, o que dificulta o nosso trabalho” E4 “se fosse uma cama adequada, pelo menos à altura..., em elevação, subir e descer a cama, não só para trabalhar o doente lá, mas também para que ele possa sair da cama” E3 “melhores equipamentos a nível de camas, temos umas camas obsoletas...” E5 “Não temos as camas adequadas... só temos quatro camas hidráulicas, que permitem o reajuste em altura” E2 “seria essencial camas adequadas,” E8
	Cadeiras	“as cadeiras de sanita e de chuveiro são muito velhas, muitas não têm pedais de apoio” E4 “uns cadeirões melhores do que aqueles que temos... as cadeiras de banho também são um bocadinho obsoletas” E5
	Ajudas técnicas	“Não faz sentido eu ter uma ajuda técnica ultrapassada com a qual também faço treinos com o doente quando depois a que ele vai adquirir vai ser completamente nova e moderna” E11 Os doentes precisavam de treino com ajudas idênticas aquelas que depois vão adquirir” E4

QUADRO 7: Achados das entrevistas referentes à actualização de equipamentos

A evolução técnica e científica dos últimos anos colocou no mercado uma imensidão de equipamentos, à qual a enfermagem de reabilitação não foi alheia, porem existem **equipamentos** considerados **imprescindíveis**. Conforme nos referem os entrevistados “O que é fundamental é aquilo que é importante para o doente para começar a fazer treino de marcha” E11, referindo a influência desta categoria na qualidade dos cuidados “se tivéssemos aí algum tipo de material, alguns utensílios podia-mos fazer mais qualquer coisinha” E3. Sendo enumerados no quadro 8, a descrição destes equipamentos, tais como, as talas de Margareth, almofadas, banheiras, elevadores de sanita, cadeiras, cadeirões, material de estimulação cognitiva, pedaleiras, canadianas, andarilhos e tripés, barras, paralelas, tapete e escadas, espelhos, bolas e molas, sacos de areia, tábuas e cintos de transferência, ortoteses, e camas eléctricas.

AREA TEMÁTICA: EQUIPAMENTOS		
CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
Equipamentos imprescindíveis	Talas de Margareth	“sempre que peço alguma coisa é negado, as únicas coisas que não negam são as talas de Margareth” E4 “talas de Margareth Johnson com os respectivos tubos” E10 “as talas de Margareth, vamos tendo mas não em número suficiente” E2
	Almofadas	“para uma enfermagem de reabilitação com qualidade seriam necessárias, entre outras, coisas básicas como almofadas para posicionamentos, padrões anti-espásticos...” E4
	Banheiras	“Há equipamentos que são fundamentais para um serviço de medicina, por exemplo (...) as banheiras portáteis...” E6 “banheiras mesmo para os doentes acamados seria óptimo” E6
	Elevadores de sanita	“Há equipamentos que são fundamentais para um serviço de medicina, por exemplo (...) os elevadores das sanitas” E6
	Cadeiras	“andarilhos, cadeiras de rodas e tábuas de transferência” E11 “uma cadeira sanitária para começar a fazer um banho autónomo e ajuda num banho assistido.” E11
	Cadeirões	“temos falta de cadeirões” E6 “os cadeirões que nós temos são todos iguais... com encostos rebatíveis, com apoio de braço” E8
	Material de estimulação cognitiva	“uns materiais que nos fazem falta, como alguns jogos para treinos da motricidade fina, para as questões cognitivas... para treinar os doentes a nível cognitivo.” E5 “Temos pouco material, por exemplo aqueles jogos para treino de preensão, para treino cognitivo, de sequência, jogos didácticos e de estímulo de raciocínio, nós cá não temos nada disso” E1 “jogos para estimular a parte da coordenação e cognitiva” E10
	Pedaleiras	“pedaleiras, outro tipo de material didáctica para treino de motricidade,” E4 “umas pedaleiras para o reforço muscular” E1 “pedaleiras que só temos uma para trabalhar a força muscular” E7

Canadianas, andarilhos e tripés	<p>“andarilhos, tripés (...) não me dão” E4</p> <p>“temos 3 andarilhos, um par de canadianas e pouco mais” E3</p> <p>“ajudas técnicas para ajuda da deambulação, só temos andarilho, e tripés, não temos mais nada” E5</p> <p>“falta-nos para a marcha assistida um tripé, temos andarilho” E12</p> <p>“auxiliares de marcha, para treinos de marcha” E1</p> <p>“o único material que temos neste momento é andarilhos, tripés e pouco mais do que isso” E7</p> <p>“os andarilhos são fundamentais, um tripé que nós não temos” E10</p>
Barras paralelas, tapetes e escadas	<p>“Há equipamentos que são fundamentais para um serviço de medicina, por exemplo (...) as barras” E6</p> <p>“um tapete, barras paralelas para treino de equilíbrio e de marcha, escadas...” E3</p> <p>“nós não temos escadas no serviço para fazer treino de subir e descer escadas” E6</p>
Espelhos	<p>“espelhos para correcções posturais não me dão” E4</p> <p>“Há equipamentos que são fundamentais para um serviço de medicina, por exemplo os espelhos” E6</p> <p>“um espelho que acho que faz muita falta aqui” E3</p>
Bolas e molas	<p>“temos as bolas, as molas” E12</p> <p>“mola também só temos uma” E7</p> <p>“aquelas meias bolas com picos para estimular a proprioceptividade” E10</p> <p>“bolas (...) vamos tendo mas não em número suficiente” E2</p>
Sacos de areia	<p>“sacos de areia para a cinesioterapia também não temos” E1</p> <p>“eram precisos sacos de areia para cinesioterapia” E4</p>
Tábuas e cintos de transferência	<p>“as tábuas de transferência eram importantes” E4</p> <p>“os cintos de transferência fundamentais” E10</p> <p>“as tábuas de transferência” E11</p>
Ortoses	<p>“falta-nos também, meios de correcção, tipo ortoses, adaptativos” E3</p> <p>“copos apropriados, talheres, que permitissem pôr em treino” E2</p> <p>“existe algum défice de equipamento... (..)a pega do utensílio para levar os alimentos á boca, mas que não temos” E8</p>
Camas eléctricas	<p>“é fundamental camas eléctricas que se possam ajustar em altura e que possam fazer os ajustes necessários para posicionar os doentes” E10</p> <p>“precisávamos de camas eléctricas em numero suficiente” E5</p>

QUADRO 8: Achados das entrevistas referentes aos equipamentos imprescindíveis

De modo a fazer face à ausência de equipamentos, como recurso surge a **necessidade de improviso**, conforme nos referem estes entrevistados, “se não tiver muito equipamento nós vamos improvisando” E6, “Às vezes até para treinos de estimulação cognitiva, nós vamos tentando improvisar com coisas nossas” E1 e “a gente vai adaptando conforme as nossas necessidades e inventamos um bocadinho” E7. Ao longo das entrevistas são descritas algumas das áreas em que decorre este improviso, nomeadamente nos meios técnicos de marcha, motricidade, cinesioterapia e estimulação cognitiva (Quadro 9).

AREA TEMÁTICA: EQUIPAMENTOS		
CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
Necessidade de improviso de meios técnicos	Meios técnicos para a marcha	“nós não temos escadas no serviço para fazer treino de subir e descer escadas, então os nossos doentes vão treinar para as escadas comuns” E6
	Meios técnicos de motricidade	“foram construídos por alunos que cá estiveram, para motricidade fina, para a coordenação” E9 “quando não temos a gente acaba por improvisar, como por exemplo colocar uma esponja num talher para conseguir fazer melhor a apreensão” E9 “são um pouco improvisado... em relação á motricidade fina temos umas molas para prender, temos para a coordenação fazer laços, apertar botões” E9 “temos também uma série de coisas improvisadas, as molas de por a roupa a secar para a coordenação” E12 “por vezes utilizamos, por exemplo molas, umas espátulas” E1 “a gente vai arranjando estratégias com coisas que a gente tem no serviço, umas tampinhas ou qualquer coisa” E7 “nós adaptamos, pomos umas esponjas no cabo” E2 “jogos com parafusos que não temos, que seria para fazer a rotação” E9
	Cinesioterapia	“temos uns bastões improvisados quando é para a cinesioterapia” E1
	Estimulação cognitiva	“para treinos de estimulação cognitiva, nós vamos tentando improvisar com coisa nossas” E1 “vou para o computador imprimir umas coisas e tal, e corto e colo para tentar providenciar as coisas para os doentes que precisam dessa estimulação” E1

QUADRO 9: Achados das entrevistas referentes à necessidade de improviso

“Os **recursos humanos** é um ponto essencial para a qualidade... por exemplo, hoje estamos dois enfermeiros acredito que possamos dar uma resposta cabal a todos os doentes que precisam de enfermagem de reabilitação, ontem eu estava só, houve doentes que não vi e sei que precisam, porque são doentes com AVC” E1, “O objectivo do sistema de planeamento de recursos humanos é assegurar que os recursos sejam eficazmente utilizados. Isto é, significa que entre outras coisas, o número e categorias «adequados» de pessoal sejam atribuídos a cada área onde os cuidados são prestados” (Kemp et. al., 1995, p. 52). É inegável a importância dos **recursos humanos** nos atributos associados á estrutura, esta valorização é visível no discurso dos participantes recaindo esta preocupação sobre a dotação dos enfermeiros de reabilitação sugerindo, a distribuição por camas, por turno, por espaços, pelo tempo necessário de cuidados, apresentando valores mínimos, e realçando a escassez de recursos. Por último é referido os recursos considerados adequados,

salientando que “o ideal seria que todos tivessem formação na área da reabilitação” E12, uma vez que, “Nota-se numa equipa que não têm enfermeiros de reabilitação e outra que tem, nota-se perfeitamente a diferença nos cuidados” E10 (Quadro 10).

AREA TEMÁTICA: RECURSOS HUMANOS		
CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
Dotação de enfermeiros de reabilitação	Distribuição por camas	<p>“pelo menos outro enfermeiro de reabilitação para cada 25 camas (...) acho que, no mínimo, deveria haver num serviço de 25 camas dois enfermeiros de reabilitação” E4</p> <p>“para este numero de camas deveria haver pelo menos outro enfermeiro de reabilitação” E5</p>
	Distribuição por turno	<p>“dois enfermeiros de reabilitação para poder estar um de manha e outro á tarde, para haver continuidade de cuidados de reabilitação” E4</p> <p>“Mas pelo menos dois enfermeiros de reabilitação de manha e um de tarde” E3</p> <p>“acho que as equipas por turno estão equilibradas, são organizadas já com esse objectivo, de ter elementos com mais experiencia” E12</p>
	Distribuição por espaços	<p>“o que seria indispensável seria pelo menos um enfermeiro de reabilitação para cada ala” E6</p>
	Distribuição pelo tempo necessário de cuidados	<p>“quais são os seis, sete, oito, nove doentes, no máximo, que eu consigo trabalhar num turno de sete horas” E4</p> <p>“um doente plégico exige que eu esteja com ele aproximadamente uma hora, o que quer dizer que eu no meu horário normal de trabalho poderei assistir seis pessoas, máximo sete” E11</p> <p>“tem a particularidade de não garantir pelo menos cinco ou seis dias de enfermagem de reabilitação aos utentes” E8</p> <p>“faço o meu plano de trabalho para o meu turno e daí dos 25 doentes escolho ou vejo aqueles que precisão da minha intervenção” E4</p>
	Valores mínimos	<p>“pelo menos mais um enfermeiro de reabilitação era indispensável” E6</p> <p>“muito sinceramente, no mínimo seriam precisos três enfermeiros de reabilitação,” E3</p> <p>“se realmente esse numero não for suficiente, nós próprios teremos de abdicar um pouco da nossa reabilitação para dar apoio nos cuidados gerais” E9</p> <p>“ontem estava só um, houve doentes que eu não os vi e sei que precisavam porque são doentes com AVC” E1</p>
	Escassez de recursos	<p>“eram precisos muitos mais enfermeiros de reabilitação.” E6</p> <p>“Os recursos humanos são base de tudo, sem recursos humanos não era possível fazer nada” E12</p> <p>“temos poucos enfermeiros de reabilitação..., neste momento o rácio não é o suficiente” E7</p> <p>“por vezes não há tempo para pormos em prática alguns cuidados de enfermagem de reabilitação e os nossos conhecimentos específicos porque às vezes só estão um ou dois enfermeiros de reabilitação” E2</p>

		<p>“seria essencial mais enfermeiros de reabilitação para haver uma continuidade dos cuidados” E8</p> <p>“temos poucos enfermeiros” E11</p>
	Recursos adequados	<p>“o ideal seria que todos tivessem formação na área da reabilitação” E12</p> <p>“é importante que o rácio enfermeiro doente seja adequado” E4</p> <p>“o rácio quanto mais elevado for melhor a qualidade dos cuidados, maior tempo tem-se para o doente” E10</p> <p>“no geral, temos elementos suficientes” E2</p> <p>“a quantidade é sempre questionável, mas é sempre necessário grande quantidade para um maior apoio” E8</p> <p>“A quantidade de enfermeiros quanto mais melhor” E10</p>

QUADRO 10: Achados das entrevistas referentes à dotação dos enfermeiros de reabilitação

Ainda no âmbito da estrutura é referido ao longo das narrativas dos participantes a **equipa de assistência**, conforme nos refere Hesbeen (2003, p. 63) “O processo de reabilitação, para além da pessoa que recebe cuidados e da sua família, recorre a inúmeros intervenientes, a diversos profissionais. Todos eles, no seu lugar que ocupam e com a profissão ou actividade que desenvolve contribuem, para a cultura da reabilitação, nas instituições ou serviços personalizados.” Neste nível foram referidos os enfermeiros, médicos, técnicos de saúde e assistentes operacionais (figura 9). No âmbito específico da enfermagem são referidos os enfermeiros de reabilitação e os enfermeiros generalistas, conforme podemos observar no quadro 11. No Regulamento nº 122/2011, a Ordem dos Enfermeiros salienta que o enfermeiro especialista no domínio da gestão dos cuidados deve disponibilizar acessória aos enfermeiros e equipa, intervindo, melhorando a informação para o processo de cuidar.

AREA TEMÁTICA: EQUIPA DE ASSISTENCIA		
CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
Enfermeiros	Enfermeiros de reabilitação	<p>“é a existência do enfermeiro de reabilitação e a sua integração na equipa... acho isso fundamental” E5</p> <p>“Nós, enfermeiros de reabilitação estamos a crescer, ainda temos muito para dar, temos de ser nós a provar que fazemos muita falta” E12</p> <p>“A existência de enfermeiros de reabilitação potencia a qualidade dos cuidados prestados,” E8</p> <p>“é a existência do enfermeiro de reabilitação e a sua integração na equipa... acho isso fundamental” E5</p> <p>“os enfermeiros de reabilitação acabam por ser o elo de ligação entre o doente, a família e a restante equipa,” E4</p> <p>“eu tento que o colega que está com esse doente atribuído que colabore comigo, que me ajude para o ir também integrando</p>

		<p>nesse tipo de cuidados” E4</p> <p>“tu como enfermeiro de reabilitação não podes trabalhar sozinho, tens que trabalhar em equipa” E8</p> <p>“Eu penso que deve haver uma boa relação quer entre enfermeiros de reabilitação e outros profissionais” E6</p>
	Enfermeiros generalistas	<p>“a qualificação e sensibilização dos enfermeiros, também é muito importante para as questões da reabilitação, assim como, para dar continuidade ao trabalho da reabilitação E5</p> <p>“os generalistas já estavam a ser ensinados para a reabilitação e isso é muito importante” E12</p> <p>“conseguirmos fazer ensino e levarmos a equipa de enfermeiros a fazer algum tipo de posicionamentos, transferências e até ajudar a pôr o doente o, mais autónomo possível.” E4</p> <p>“nós vamos transmitindo, vamos passando de uns para os outros com a reabilitação sempre por trás, nomeadamente os posicionamentos, na alimentação” E12</p> <p>“Quanto á articulação com os outros enfermeiros generalistas articulamo-nos muito bem” E6</p> <p>“tento articular com os enfermeiros generalistas” E7</p> <p>“Com os nossos colegas generalistas vai-se tendo mais ou menos” E5</p>

QUADRO 11: Achados das entrevistas referentes aos enfermeiros

Outros dos intervenientes da equipa de assistência referidos pelos entrevistados são os médicos, alguns dos quais com indiferenciação da especialidade, os fisiatras, os neurologistas e os internistas (Quadro 12). Sobre a relação enfermeiro-médico, Carapinheiro (1993) descreve a inexistência de trabalho em equipa, com níveis padronizados de participação. Aspecto este, visível no discurso deste entrevistado “Com os médicos é o dia-a-dia, é aquilo..., uma relação mais difícil, não existe uma comunicação tão eficaz como existe com os outros profissionais.” E3

AREA TEMÁTICA: EQUIPA DE ASSISTENCIA		
CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
Médicos	Indiferenciação da especialidade	<p>“Quanto á equipa médica denoto que nem sempre estão sensibilizados para a importância da reabilitação” E2</p> <p>“Da parte da equipa médica temos denotado uma maior receptividade, por vezes o doente está para ter alta, mas pedimos ao médico para dar mais um dia porque o doente está a recuperar e eles já sabem que temos enfermagem de reabilitação e cedem, dão mais um dia de internamento” E2</p> <p>“por parte dos médicos, em referirem e identificarem determinados doente que beneficiavam com a reabilitação de enfermagem e acabam por dar esse apontamento.” E8</p> <p>“os médicos aos poucos, inicialmente não, mas aos poucos também já me começam a vir pedir ajuda e a vir perguntar “o que</p>

		<p>é que acha deste doente? Acha que está bem para ir para casa? Acha que a família já está preparada?" E4</p> <p>"Em relação á parte médica, esta é muito solícita connosco e dão-nos autonomia, em relação á reabilitação dão-nos autonomia por completo" E11</p> <p>"a equipa médica pergunta-nos como é que está de ensinos, se podem dar alta, se podem ir para casa," E6</p> <p>"Os médicos aos poucos..., há uma boa relação com eles, mas ainda podia haver melhor" E4</p> <p>"portanto a equipa é muito aberta, entre os médicos e os enfermeiros, não aquela eu sou médico e tu és enfermeiro" E6</p> <p>"Com os médicos é a relação mais difícil que nós temos" E3</p> <p>"Com os médicos é o dia-a-dia, é aquilo..., uma relação mais difícil, não existe uma comunicação tão eficaz como existe com os outros profissionais." E3</p>
	Fisiatras	<p>"A presença do fisiatra neste serviço é muito insuficiente" E1</p> <p>"Os fisiatras vêm cá, fazem uma visita" E10</p> <p>"O fisiatra vem ao serviço quando é pedido pelo médico assistente..., para além de falar com o médico assistente tem o cuidados de também falar comigo, pedir a minha opinião sobre o doente e decidir ou sugerir outro tipo de tratamento que ache que o doente necessite" E4</p> <p>"temos o apoio de uma médica fisiatra..., que não prescreve directamente cuidados aos enfermeiros de reabilitação, não dá orientações mas partilha muito os seus conhecimentos e partilha processos de continuidade entre os enfermeiros de reabilitação e a fisiatra" E11</p> <p>"em termos de fisiatra ele vem cá sempre e dirige-se a nós ou nós a ele..., podemos ligar-lhe porque ele está sempre disponível" E3</p> <p>"o fisiatra é que faz a articulação com os fisioterapeutas se for o caso, se assim o entender ou com o terapeuta da fala" E9</p> <p>"nós falamos directamente com o fisiatra" E9</p> <p>"são avaliados pelo fisiatra... mas avaliam mais por causa do encaminhamento para a EGA" E12</p>
	Neurologistas	"neurologista de apoio na urgência" E9
	Médico assistente/ Internista	<p>"temos o médico presente 24 horas" E9</p> <p>"neste caso um internista" E9</p> <p>"Para pedir qualquer uma destas colaborações tem de passar sempre pelo médico assistente do doente." E4</p>

QUADRO 12: Achados das entrevistas referentes aos médicos

Na referência aos outros técnicos de saúde, são abordados os fisioterapeutas, terapeutas da fala, terapeutas ocupacionais, etc. (Quadro 13). São evidenciados no discurso dos entrevistados relações complexas, exceptuando com as assistentes sociais. Hesbeen (2003, p. 72), realça que "Quando o processo de reabilitação não se baseia no projecto de cuidados mas sim na actividade das diferentes categorias profissionais, estas acabam por criar territórios próprios, o que suscita o desejo de os defender. Tal defesa gera, na maioria das vezes, conflitos nocivos"

AREA TEMÁTICA: EQUIPA DE ASSISTENCIA		
CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
Técnicos de saúde	Fisioterapeutas	<p>“os fisioterapeutas normalmente deixaram de vir ao serviço desde que há enfermeiros de reabilitação no serviço.” E4</p> <p>“Os fisioterapeutas vêm cá, normalmente, quando são doentes que já vêm das unidades com fisioterapeuta” E6</p> <p>“se calhar haveria doentes que beneficiavam com o fitoterapeuta” E5</p> <p>“Actualmente não temos apoio de fisioterapeutas..., eles não entram muito aqui na unidade de AVC, praticamente eles não intervêm” E12</p> <p>“fisioterapeutas só estão cá quando o médico fisiatra vem cá acima” E1</p> <p>“em que os doentes vêm dos cuidados intensivos e o fisioterapeuta já fazia lá fisioterapia então acompanha o doente na unidade” E10</p> <p>“Nós não trabalhamos com fisioterapeutas.” E11</p> <p>“habitualmente os médicos aqui do serviço não pedem apoio dos fisioterapeutas porque está salvaguardado pelos enfermeiros de reabilitação..., vemos um doente de uma forma muito mais ampla e estamos muito mais atentos às cormobilidades que eles têm do que o fisioterapeuta, agora se tiver os dois tanto melhor” E12</p> <p>“os fisioterapeutas não nos dão o feedback dos doentes... temos uma grande dificuldade” E1</p> <p>“Quanto á colaboração dos fisioterapeutas, temos alguma quando nós pedimos” E2</p> <p>“não digo choque, mas alguma sobreposição em termos de fisioterapeutas” E8</p> <p>“Com os fisioterapeutas também há um bom relacionamento, eles não interferem no meu trabalho nem eu interfiro no deles e qualquer duvida tira-se” E6</p>
	Terapeutas da fala	<p>“Terapeutas da fala, só estão cá quando o médico fisiatra vem cá acima” E1</p> <p>“quando achamos que é necessário é falado com o fisiatra e vêem cá os terapeutas da fala treinar com os doentes” E4</p> <p>“Às vezes vêm cá os terapeutas da fala, mas é raro” E6</p> <p>“Às vezes temos a terapia da fala” E12</p> <p>“O terapeuta da fala só costuma a vir muito raramente” E2</p> <p>“A terapia da fala em certos casos vem para a parte da fala” E10</p> <p>“Os terapeutas da fala não são uns profissionais que vêm muito” E8</p> <p>“é pedido o apoio da terapia da fala, é muito importante mas acho que é muito escasso, vêm cá avaliar o doente depois nunca mais aparecem... funciona muito mal a terapia da fala, acho que era muito importante eles investirem mais nessa área.” E12</p> <p>“na terapia da fala não sabemos o que o doente faz lá em baixo, não nos dizem” E1</p>

	Terapeutas ocupacionais	<p>“Terapia ocupacional, normalmente não solicita os seus serviços.” E4</p> <p>“falham os terapeutas ocupacionais” E11</p>
	Assistentes sociais	<p>“Temos uma assistente social que dá apoio a estes doentes, neste momento acho que é pouco eficaz para tantas necessidades.” E4</p> <p>“A assistente social que está adstrita a este serviço é na minha opinião ótima” E3</p> <p>“A assistente social vem sempre, todos os dias vem á unidade” E10</p> <p>“A assistente social é uma pessoa muito presente” E8</p> <p>“A assistente social é ótima...temos aqui uma assistente social que é extremamente dinâmica, colabora... com a equipa médica e com a equipa de enfermagem” E6</p> <p>“Com a assistente social, são discutidos todos os casos... ela pede a nossa colaboração e nós pedimos a colaboração dela” E6</p> <p>“se o médico e o enfermeiro estiverem de acordo a assistente social está sempre de acordo.” E6</p> <p>“A assistente social (...) ela tem uma astúcia para conseguir fazer um bocado de interligação entre..., inclusive entre outros profissionais, é uma ajuda preciosa na preparação da alta dos doentes” E3</p> <p>“A assistente social lida directamente connosco e nós falamos directamente com ela” E9</p> <p>“somos o elo de ligação entre nós e o serviço social” E1</p> <p>“a gente contacta a assistente social no sentido de dar apoio” E7</p> <p>“A assistente social, temos colaborado com ela” E2</p> <p>“Com a assistente social também temos uma boa relação” E5</p> <p>“com assistente social consegue-se ter uma boa comunicação” E8</p>
	Nutricionistas	<p>“a nutricionista em termos de adaptar, se o doente tem disfagia, a dieta do doente, também pedimos a colaboração deles” E7</p> <p>“a nutricionista somos nós que contactamos” E7</p> <p>“nós falamos directamente com a nutricionista” E9</p>
	Dietistas	<p>“solicitar a dietista porque tem de vir uma alimentação mais ajustada aquele doente” E9</p> <p>“A dietista também é por contacto telefónico” E9</p> <p>“A dietista também colabora connosco” E10</p>

QUADRO 13: Achados das entrevistas referentes aos técnicos de saúde

Estas dificuldades são também verbalizadas na referência às assistentes operacionais. (Quadro 14). A relação dos diferentes intervenientes numa equipa leva muitas vezes à necessidade de cultivar a harmonia entre os diferentes intervenientes, “O trabalho numa equipa exige muito e pressupõe uma importante maturidade profissional, inscreve-se numa cultura comum à missão da reabilitação” (Hesbeen, 2003, p. 71).

AREA TEMÁTICA: EQUIPA DE ASSISTENCIA		
CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
Assistentes operacionais		<p>“Uma coisa que também acho importante é as auxiliares... acho que deveriam ter uma formação mais específica... não ser pessoal que cai aqui da lua, de pára-quedas, sem o mínimo de conhecimento para o que vem fazer” E5</p> <p>“Em termos de recursos humanos acho que o que faz mais falta são auxiliares da acção médica...” E4</p> <p>“tento alertar as auxiliares que não se deve alimentar na totalidade o doente... mas, a tendência do serviço e muitos auxiliares fazem-no para que a coisa seja feita mais depressa é fazer por eles” E4</p> <p>“as auxiliares (...) precisam de ter um bocadinho mais de sensibilidade para as questões do cuidar e às questões ligadas á reabilitação.” E5</p> <p>“Os auxiliares que temos aqui não ajudam grande coisa” E6</p> <p>“Com os auxiliares de acção médica às vezes andamos aí um bocado á turra e á massa.” E6</p>

QUADRO 14: Achados das entrevistas referentes às assistentes operacionais

Os **recursos organizacionais** englobam o modo como as actividades de uma organização são divididas, organizadas e coordenadas, sobressaindo neste tema as seguintes categorias os tipos de formação, os processos de formação, a investigação e os protocolos de actuação, conforme evidenciado anteriormente na figura 11.

Conforme podemos observar (Quadro 15), a importância da formação e do ensino é salientada nas narrativas dos participantes, tanto com a formação em serviço ou de modo contínuo, “Aprender ao longo da vida tem-se transformado numa imperiosa necessidade para a maioria dos profissionais. Não podemos ignorar que a ciência e a tecnologia, em todos os domínios, se renovam cada vez mais e a ritmos mais acelerados” (Frederico et. al., 1999, p. 135). Do ponto de vista organizacional, o processo de formação traduz-se por acções internas ao estabelecimento e por vezes acções externas (Hesbeen, 2000).

AREA TEMÁTICA: RECURSOS ORGANIZACIONAIS		
CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
Tipos de formação	Formação em serviço	<p>“Acho que a formação em serviço era muito importante, mas neste serviço não existe para a reabilitação e muito pouca para a enfermagem generalista...” E4</p> <p>“partilha de informação e aprender um bocadinho uns com os outros (...) se calhar intercambio com outros serviços com actividades semelhantes... juntarem-se os enfermeiros de reabilitação das várias medicinas e desenvolver algum tipo de</p>

		<p>estudo" E4</p> <p>"Quanto á formação aqui no serviço é mais formação informal... nós já tentamos fazer formação formal mas não resulta" E6</p> <p>"mas acho ainda mais pertinente a formação em serviço dos profissionais que não da reabilitação" E3</p> <p>"acho que nós crescemos muito com a formação em serviço" E12</p> <p>"formação acerca de alguns cuidados para os enfermeiros generalistas para potenciar a recuperação do doente" E1</p> <p>"A formação é fundamental na medida em que... se alguns dos cuidados, nomeadamente sejam os da deglutição, seja os posicionamentos... se puderem ser transmitidos á equipa" E10</p> <p>"a formação é essencial e que seja feita pelo enfermeiro especialista no âmbito da sua especialidade" E10</p> <p>"podemos fazer sessões de formação dentro do serviço, embora não tenha vindo a acontecer" E2</p> <p>"se houvesse momentos de formação (...) á partida já contávamos que todos os colegas adquirissem um corpo de conhecimentos que facilitaria o processo de continuidade de cuidados, partilha de informação...." E8</p> <p>"todos os enfermeiros têm formação, básica, têm formação para dar continuidade aos meus cuidados." E11</p> <p>"vou-lhes dando, entre aspas, alguma formação que me liberta um bocadinho mais, nomeadamente nos posicionamentos, nos levantes, nas desalgaliações e mesmo nas mobilizações quando estão a dar banho eu explico-lhes como devem mobilizar para minimizar os riscos..." E6</p> <p>"aqui é mais do género passa a palavra, a formação "in loco", aparece o evento e faz-se logo e directamente aquele colega" E12</p> <p>"mas existir a formação tipo manipular cateteres centrais ou levantes, transferências, etc., se for feita a formação acabam todos por fazer da mesma forma e não surgem duvidas..." E9</p>
	Formação continua	<p>"Eu acho que a formação continua é sempre pertinente" E3</p> <p>"Devia-se investir mais na formação contínua" E9</p> <p>"a formação contínua é importante para mantermo-nos actualizados" E2</p> <p>"as experiencias noutros sítios também são pertinentes." E3</p>

QUADRO 15: Achados das entrevistas referentes aos tipos de formação

A formação em serviço constitui uma forma de os enfermeiros reflectirem sobre a prática de cuidados, uma vez que, é feita de momentos de reflexão com a finalidade de melhoria da qualidade do desempenho (Dias, 2004). Estes aspectos implicam um processo de formação, através de um diagnóstico, planeamento e integração destes novos conhecimentos. Sendo também, a orientação de alunos vista como um momento de formação, conforme nos evidenciam os entrevistados (Quadro 16).

AREA TEMÁTICA: RECURSOS ORGANIZACIONAIS		
CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
Processos de formação	Diagnóstico	“até seria giro criar uns encontros de enfermeiros de reabilitação para cada um poder pôr as suas dúvidas, os seus casos,” E4
	Planeamento	“não existe um plano de formação dentro do serviço” E11 “não existe ninguém, ninguém responsável pela formação” E11 “eu sou muito apologista das formações estruturadas, planeadas, marcadas e acho que a enfermagem só tinha muito a enriquecer com isso” E12 “não está a funcionar muito bem a formação... não há formação estruturada” E12 “com um processo de formação mais intenso e se calhar mais estruturado, conseguíamos chegar melhor a toda a equipa” E1 “não fazem todos da mesma maneira... daí a necessidade de formação mesmo entre as diversas medicinas... era fundamental.” E12 “Processos de formação interna para os enfermeiros aqui do serviço não há, não tem existido” E8
	Integração	“quem entra deve fazer obrigatoriamente formação específica para o tipo de doente que vai atender” E11 “Todos os enfermeiros que entram para a unidade, fazem formação específica sobre posicionamentos anti-espásticos” E11
	Orientação de alunos	“nós aqui estamos abertos á comunidade, às escolas, as pessoas têm vindo estagiar e acaba por ser uma mais-valia” E6 “o ter aqui pessoas a estagiar era importante” E4

QUADRO 16: Achados das entrevistas referentes aos processos de formação

Na referência à pertinência da investigação, no Plano Nacional de Saúde 2004-2010, no âmbito das estratégias para a gestão da mudança, é dado relevo à necessidade de se incentivar a investigação e o desenvolvimento em saúde. Neste documento é referido que o Sistema de Saúde Português não tem sido tradicionalmente suportado por uma forte componente de conhecimento científico, propondo que na avaliação dos serviços de saúde sejam valorizadas as actividades de investigação desses mesmos serviços (Direcção Geral da Saúde, 2004). Isto é visível no discurso deste entrevistado, “Eu acho que se calhar devia-se investir mais nisso, investigação, formação, ensino e supervisão. Devia-se investir mais na formação contínua, a investigação claro que sim, mas investigação com princípio meio e fim... com publicação desses respectivos trabalhos de investigação” E9. Neste âmbito, as subcategorias que emergiram do discurso dos entrevistados foram a ausência de processos de pesquisa, a necessidade de investigação e a sensibilização para a investigação (Quadro 17).

AREA TEMÁTICA: RECURSOS ORGANIZACIONAIS		
CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
Investigação	Ausência de processos de pesquisa	<p>“Acho que realmente falta muito fazer alguma pesquisa, alguma investigação” E4</p> <p>“As pesquisas e investigação em reabilitação, é urgente” E11</p> <p>“Pesquisa, vou pesquisando aqui algumas coisas e depois digo ao chefe que é isto, que é aquilo, que devemos fazer assim ou assado, (...) Investigação não se tem feito nada” E6</p> <p>“mas investigação com princípio, meio e fim... com publicação desses respectivos trabalhos de investigação... se calhar é uma das lacunas do serviço” E9</p> <p>“Em termos de investigação podia-se fazer mais” E10</p>
	Necessidade de investigação	<p>“investigar sobre a forma como trabalhamos, optimiza todo o processo, mas... não investigamos muito a forma como trabalhamos... e como podemos potenciar o trabalho” E1</p> <p>“para detectar as necessidades que existem em termos de serviço, para detectar novas soluções, para detectar maneiras mais correctas e com melhor qualidade de agir” E7</p> <p>“em muitas áreas não se atingiu o pico máximo de conhecimentos” E2</p> <p>“A investigação é ótima, é das coisas que melhores resultados poderia obter.” E3</p> <p>“A pesquisa (...) a nível de podermos estar a fazer uma coisa de determinada maneira e se fizermos alguma pesquisa descobrimos que até há melhores maneiras e com melhores resultados feito de outra maneira” E2</p> <p>“A investigação também é uma maneira de justificarmos aquilo que nós fazemos no nosso dia-a-dia e ao mesmo tempo apresentamos resultados e ao mesmo tempo é aquilo que permite a evolução da reabilitação” E2</p>
	Sensibilização para a investigação	<p>“acho que é importante que os enfermeiros especialistas estejam motivados sensibilizados para os trabalhos de investigação” E11</p> <p>“è preciso que haja interesse na investigação” E12</p>

QUADRO 17: Achados das entrevistas referentes aos á investigação

Por último é também evidenciado a importância dos protocolos de actuação. Um protocolo é um plano ou guião do conjunto de regras que torna possível a execução de um procedimento de modo eficiente e sem erros (Sale, 2000). No discurso dos entrevistados observámos a pertinência dos protocolos, “acho que é uma das melhores formas de funcionamento de equipa..., protocolar procedimento, podem estar protocolados numa folha..., mas existir a formação, tipo manipular cateteres centrais ou levantes, transferências, etc., se for feita a formação acabam todos por fazer da mesma forma e não surgem dúvidas” E9. As subcategorias que emergiram a este nível foram a ausência de

protocolos, a elaboração de protocolos, os protocolos de deglutição, cateteres centrais, levante e continuação de cuidados (Quadro 18).

AREA TEMÁTICA: RECURSOS ORGANIZACIONAIS		
CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
Protocolos de actuação	Ausência de protocolos	<p>“orientações para as intervenções de enfermagem de reabilitação e nomeadamente os auto cuidados não está tudo protocolado” E9</p> <p>“nestes casos não existe nada escrito protocolado” E9</p> <p>“não temos um protocolo específico para a prevenção de riscos, nomeadamente riscos de queda e de úlceras de pressão” E9</p> <p>“não existe um protocolo em que eu descrimine cada um dos pontos” E8</p>
	Protocolos de deglutição	<p>“temos, em relação á deglutição, um protocolo existente que foi feito multidisciplinar” E11</p> <p>“é feito o teste de disfagia, isso está protocolado” E9</p>
	Protocolos para cateteres centrais	<p>“protocolos de actuação, nomeadamente a cuidados a cateteres centrais, implantofix... de várias intervenções de enfermagem” E12</p>
	Protocolos de levante	<p>“também existe um protocolo para o levante em si” E9</p>
	Protocolos para a continuação de cuidados	<p>“existe um protocolo entre aqui o serviço e o ACER de Valongo, em que os doentes quando são de Valongo e vão para o domicílio, mesmo os doentes que vão para unidades de cuidados continuados, são referenciados num documento, ... protocolo, em que dizemos o que teve esse doente, o que é que fizemos” E2</p>
	Elaboração de protocolos	<p>“existem os protocolos, uns escritos, outros já mentalmente adquiridos” E9</p> <p>“a elaboração de protocolos, as coisas ficarem estruturadas e definidas é uma forma dos colegas uniformizarem, fazerem sempre daquela forma no sentido da boa prática” E12</p> <p>“saíam protocolos de actuação que tinham de ser cumpridos por toda a gente” E12</p> <p>“acho que é uma das melhores formas de funcionamento de equipa, ou seja, todos trabalharem... de protocolar procedimentos... podem estar protocolados numa folha” E9</p> <p>“são importantes porque podemos ter metodologias ligeiramente diferentes e fazemos de uma maneira depois vem o colega e faz de maneira diferente” E2</p>

QUADRO 18: Achados das entrevistas referentes aos protocolos de actuação

Sobre os contributos da estrutura para a melhoria dos cuidados de enfermagem de reabilitação, em jeito de síntese, a estrutura apresenta-se dividida ao longo de cinco temas sendo elas as instalações, os equipamentos, os recursos humanos, a equipa de assistência e os recursos organizacionais. No que se refere às instalações realça-se a necessidade de um

espaço físico e ambiente de trabalho adequado, quanto aos equipamentos, são enumerados os que são considerados imprescindíveis, a necessidade de actualização dos mesmos e o recurso ao improvisado na ausência dos mesmos. No âmbito dos recursos humanos é descrito como deveria ocorrer a dotação dos enfermeiros de reabilitação, sendo descrito no âmbito da equipa de assistência os elementos que compõem a equipa. Por último os recursos organizacionais necessários para a melhoria dos cuidados, entre eles, os tipos e os processos de formação, a investigação e os protocolos de actuação. Os achados deste capítulo vão ao encontro do que nos refere Zanon (2001, p. 68) “A estrutura refere-se à área física, à sua organização administrativa e aos recursos materiais, humanos e financeiros da instituição.”

5. PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

O processo refere-se ao cuidado prestado ao utente e inclui tanto os aspectos técnicos como os aspectos interpessoais da assistência ao utente. O processo requer um conhecimento dos níveis actuais de desempenho, assim como de controlo e minimização da variação existente. Segundo Shi et. al. (1998), citados por Revere, et. al. (2004, p. 109), o processo engloba “Corrigir testes de diagnóstico, prescrição correcta, administração precisa de drogas, assistência farmacêutica, tempo de espera para ver um médico e aspectos relacionais dos cuidados e entrega são todos exemplos de processo”. Por sua vez, Mezomo (2001, p. 116) acrescenta uma particularidade, que, embora todas as rotinas e procedimentos administrativos possam fazer parte da estrutura, “parece mais adequado considerá-los peças integrantes do processo” isto porque, “mais importante do que a sua simples existência é a forma como elas são cumpridas e realizadas” e entende que, mais importante do que o cumprimento mecânico e despersonalizado é a qualidade da acção de quem a executa.

Nos discursos dos participantes do estudo foi visível o aparecimento de atributos relevantes no âmbito do processo da avaliação da qualidade, divididos em quatro temas que iremos descrever, sendo eles a investigação e diagnóstico, o planeamento, as actividades de enfermagem e a avaliação do processo (Figura 12). Ao longo deste capítulo são apresentadas as categorias e subcategorias que emergiram das narrativas dos entrevistados, sobre o processo de desenvolvimento dos cuidados de enfermagem de reabilitação.

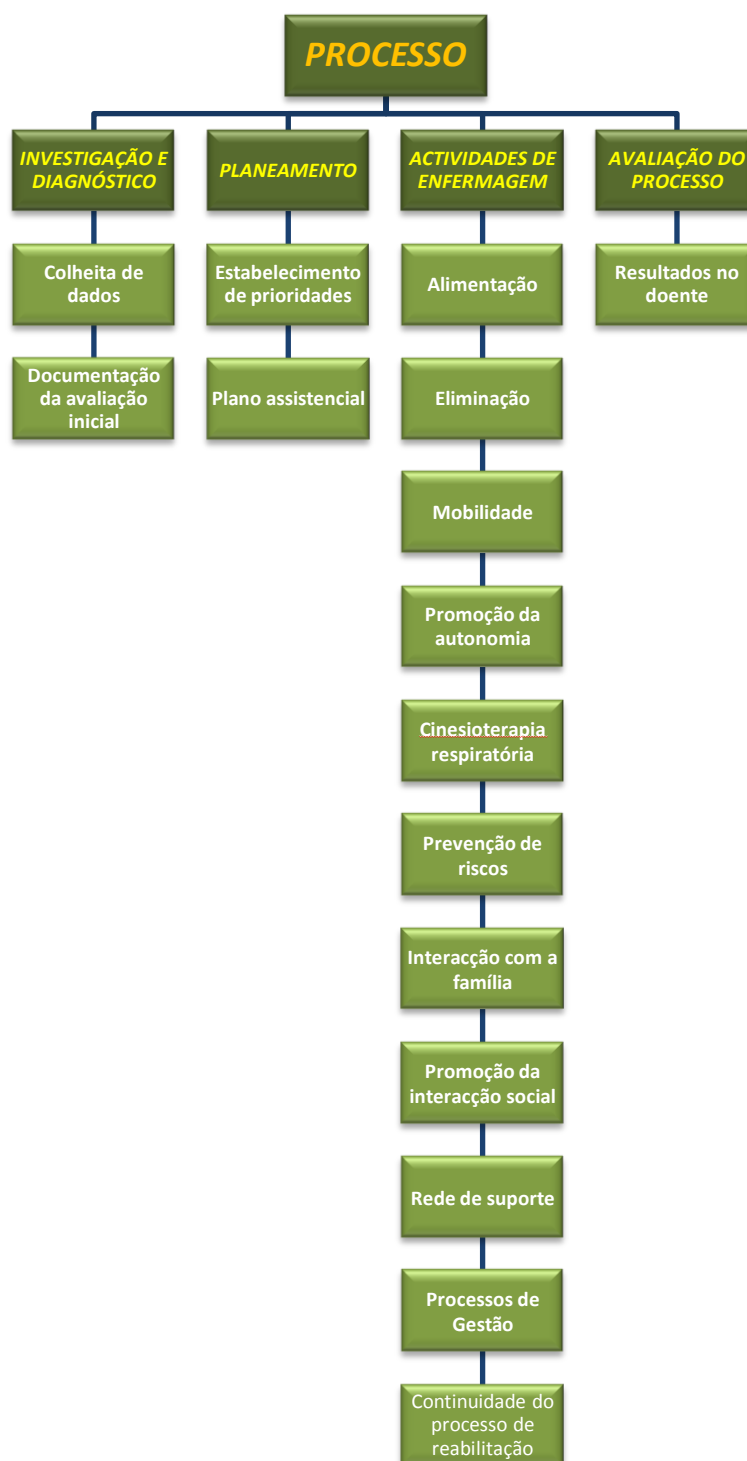


FIGURA 12: Categorias e subcategorias associados ao Processo

A escolha destes quatro temas recai sobre o facto de ao longo das narrativas dos participantes sobressaírem algumas fases do processo de enfermagem, conforme é visível neste enxerto de entrevista, “Inicialmente avalia-se o doente identifica-se as necessidades

de reabilitação, faz-se a intervenção e faz-se avaliação no decorrer do próprio dia e depois fazemos o registo nessa folha, embora ainda experimental” E9

O processo de enfermagem é composto por cinco fases de Investigação, Diagnóstico, Planeamento, Implementação e Avaliação. “A prática de enfermagem inscreve-se assim num encontro entre uma pessoa que é cuidada e pessoas que cuidam. (...) Para conseguir iniciar este movimento que leva ao outro, os profissionais são convidados a dialogar, a reflectir, a analisar, a identificar os elementos que constituem a situação de vida em que vão intervir” (Hesbeen, 2000, p. 102-103). O processo de reabilitação requer que aqueles que os prestam possuam capacidade de inferência. É ela que, numa situação concreta, permitirá ao prestador de cuidados estabelecer a ligação entre diferentes parâmetros, entre vários aspectos, bem como combinar os seus múltiplos recursos, de os pôr em evidência e de lhes dar pertinência para poder cuidar da pessoa, na sua situação de vida particular (Hesbeen, 2003).

Segundo Alafro-lefevere (2002) a **investigação** consiste na colheita contínua de dados sobre o estado de saúde, e o **diagnóstico** a análise de dados para com clareza, identificar problemas de saúde reais e potenciais. No entanto, também como nos refere este autor, a investigação e o diagnóstico sobrepõem-se significativamente, ou seja, á medida que são colhidas as informações, começa-se a interpretar o que significam.

Nas narrativas dos participantes, identificam-se nesta área temática a colheita de dados, onde é referido a actividade motora, respiratória, família e edifício residencial e exame neurológico (Quadro 19). O enfermeiro especialista de reabilitação deve avaliar o risco de alteração da funcionalidade a nível motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, alimentação, de eliminação e sexualidade, recolhendo informação pertinente para avaliar as funções: cardio-respiratória; motora; sensorial; cognitiva; alimentação; eliminação vesical e intestinal (Regulamento nº 125/2011).

AREA TEMÁTICA: INVESTIGAÇÃO E DIAGNÓSTICO		
CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
Colheita de dados	Actividade motora	“Quando chega um doente que eu preciso de avaliar, no primeiro dia que o conheço, normalmente faço a avaliação motora” E4 “numa avaliação inicial ao doente é feita então a avaliação da força muscular, espasticidade” E9 “fazemos a avaliação do doente em termos funcionais, quer em termos de força muscular que existe, quer em termos de tonos muscular” E2

	Actividade respiratória	“faço a avaliação da parte respiratória dependendo do tipo de trabalho que vou fazer com ele” E4 “Após avaliar o doente, parte respiratória, avalio se o doente tem dispneia ou não” E4
	Família e edifício residencial	“o doente entra e recolhe-se logo todos os dados..., todos os dados pessoais ou de conviventes, de família, com quem vive, ou com quem não se dá bem” E3 “Procuro avaliar o ambiente familiar do doente, as condições físicas que tem em casa, quem é que cuida do doente ou quem vai cuidar, tentar perceber um pouco essa dinâmica” E5 “é uma questão de apanhar aí os familiares e nessa altura faço uma avaliação do que eles sabem ou não sabem, das condições que têm em casa, como era o doente antes e como ele está agora, ver aquilo que eles poderão precisar agora” E5 “avaliamos geralmente a parte social do doente e da família... e as condições que têm em casa” E7
	Exame neurológico	“faço a avaliação neurológica... avalio o estado consciência” E4 “a avaliação psicológica, mental e neurológica do doente” E4 “o exame neurológico inicial no qual é avaliada em termos de pares cranianos neurológicos” E9 “numa avaliação inicial ao doente é feita então a avaliação da (...) sensibilidade, a coordenação” E9 “avalio do ponto de vista mental, cognitivo, da sensibilidade, da coordenação” E12 “portanto toda a avaliação inicial quando entra, desde a avaliação neurológica e apontar défices, défices de forças, défices de equilíbrio, défices da própria deglutição, associado ao risco de aspiração” E8

QUADRO 19: Achados das entrevistas referentes à colheita de dados

Ainda no âmbito da investigação e diagnóstico, a referência à documentação da avaliação inicial é suportada por documentos experimentais, descrevendo alguns princípios de avaliação (Quadro 20). Conforme refere Alfaro-lefevre (2002), a organização e a documentação das informações promovem o pensamento crítico. Por sua vez, Leal (2006) salienta que, seja qual for o paradigma dominante num determinado contexto, todos concordam que as actividades de enfermagem envolvem, sempre a recolha, análise e registo de informação.

AREA TEMÁTICA: INVESTIGAÇÃO E DIAGNÓSTICO		
CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
Documentação da avaliação inicial	Documentos experimentais	“temos uma folhinha que fizemos entre nós, que normalmente é para os doentes de AVC, onde fazemos normalmente a avaliação inicial, entrevista, os testes neurológicos, os testes motores” E6 “fazemos os nossos registo nessa folha, que ainda é experimental” E9

	Princípios de avaliação	“Nós avaliamos em termos de CIPE” E7 “acabo por avaliar mais pela descrição do grau de dispneia ou diminuição desse grau de dispneia, diminuição da tosse ineficaz ou passar para uma tosse eficaz do que propriamente quantificar.” E4
--	--------------------------------	--

QUADRO 20: Achados das entrevistas referentes à documentação da avaliação inicial

“A fase de **planeamento** encerra a terceira fase do processo de enfermagem, após ter identificado os diagnósticos de enfermagem estabelece objectivos a serem alcançados, pelo cliente face às problemáticas definidas e validadas, e concebe um conjunto de intervenções de enfermagem que visam o atingimento dos objectivos pelo cliente” (Silva, 1995, p. 90). Nesta fase sobressaem nas narrativas dos participantes as categorias, estabelecimento de prioridades e o plano assistencial, conforme explicitado na figura 12.

De acordo com Alfaro-lefevre (2002) o estabelecimento de prioridades é uma habilidade essencial do pensamento crítico que exige capacidade de decisão, inserido nas quatro etapas fundamentais do planeamento, sendo elas a determinação de prioridades imediatas, o estabelecimento de resultados esperados, determinação das intervenções e o registo individualizado do plano de cuidados. Neste âmbito são referidas como prioridades a dependência ou a ausência de critérios objectivos (Quadro 21).

AREA TEMÁTICA: PLANEAMENTO		
CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
Estabelecimento de prioridades	Grande dependência	“a minha prioridade é de acordo com o grau de dependência e consoante a necessidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação” E4 “um plano de actuação consoante os défices e os focos de atenção que diagnostico na área da reabilitação.” E9 “tenho que fazer uma selecção, os que são, entre aspas, os mais reabilitáveis, que têm mais potencialidades, em detrimento de alguns que se calhar não precisam tanto” E6 “procuro saber que doentes o colega esteve a trabalhar no dia anterior e quais os doentes que mais precisam de cuidados de enfermagem de reabilitação” E1
	Sem critérios objectivos	“por ventura posso pensar em planear a assistência ao banho no período da tarde” E8 “vais fazer o levante progressivo de elevar 30°, 90°, aí mais ou menos durante duas horas, se tolera, posteriormente irá fazer o seu levante” E9

QUADRO 21: Achados das entrevistas referentes ao estabelecimento de prioridades

O especialista de enfermagem de reabilitação deve conceber um plano, seleccionar e prescrever as intervenções (Regulamento nº 125/2011). Na categoria plano assistencial emergem as subcategorias: sem plano de assistência e plano expresso. Conforme nos refere Leal (2006), o pensamento crítico deve acompanhar cada fase do processo, reflectindo sobre as possíveis hipóteses equacionadas que conduz à formulação de um plano de cuidados, no entanto o recurso sistemático ao processo de enfermagem, e especificamente, a plano de cuidados escritos tem tido dificuldade em se implantar na prática de enfermagem em Portugal e nos outros países.

AREA TEMÁTICA: PLANEAMENTO		
CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
Plano assistencial	Sem plano de assistência	“quando vamos iniciar a assistência não é uma coisa estruturada” E11 “é feito um plano, e neste caso estamos a falar de um plano mental, da intervenção de reabilitação a realizar” E9 “O planeamento que fazemos não é algo formal” E1 “não há um cuidado de fazer um plano de dizer este doente deve beber esta quantidade de água por turno ou por dia, não há assim grande cuidado” E5
	Plano expresso	“Para planear o meu trabalho... utilizo muito a passagem de turno” E4 “nós seguimos um planeamento” E11 “depois a partir daí estabelecemos um plano de cuidados” E6 “Estipulo um plano... um plano de actuação” E9 “Tentamos que haja planeamento” E1

QUADRO 22: Achados das entrevistas referentes ao plano assistencial

Na fase de **implementação**, no que se refere ao papel do enfermeiro de reabilitação, observam-se actividades de enfermagem em diversas áreas, nomeadamente à alimentação, eliminação, mobilidade, promoção da autonomia, cinesioterapia respiratória, prevenção de riscos, interacção com a família, rede de suporte, processos de gestão e continuidade do processo de reabilitação, como se pode observar nos quadros que se seguem.

No âmbito da alimentação é referido a necessidade da pesquisa do reflexo de deglutição e o treino de alimentação (Quadro 23).

AREA TEMÁTICA: ACTIVIDADES DE ENFERMAGEM		
CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
Alimentação	Pesquisa de reflexo de deglutição	“avalio o teste da disfagia, quando há sugestão de que o doente possa ter disfagia...” E4 “é feito o teste de deglutição” E6 “fazemos o teste de disfagia” E7 “a ingestão de agua para avaliar a deglutição, saber se tem algum défice” E10 “testamos o reflexo de deglutição, principalmente nos doentes que estão com sonda nasogástrica” E2 “testamos o reflexo de deglutição para saber a necessidade de manter a sonda ou retirar a sonda e testar a alimentação caso o doente tenha reflexo de deglutição” E2
	Treino da alimentação	“nas refeições tento passar pelas salas e tento que os doentes sejam autónomos ou pelo menos treinem o auto cuidado alimentação” E4 “começamos a fazer algum treino de deglutição” E11 “se conseguirmos que esse doente passe a poder deglutir e não ter que ir com uma sonda para casa” E3 “o treino de deglutição em doentes com disfagia” E7 “no caso da agua, avaliar a necessidade de colocar espessantes para o doente começar a readquirir o habito alimentar” E2 “auto cuidado de comer e beber... adaptar o doente a algumas ajudas técnicas, acessórios que são utilizados para facilitar e adaptar o défice” E1 “técnicas de correcção postural para adaptar o próprio comer e beber” E1

QUADRO 23: Achados das entrevistas referentes á alimentação

O enfermeiro especialista de reabilitação implementa as intervenções planeadas com o objectivo de otimizar e ou reeducar as funções ao nível motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade (Regulamento nº 125/2011). Estes itens são visíveis no âmbito da alimentação, eliminação e mobilidade. No âmbito da eliminação são referidos as subcategorias vesical e intestinal (Quadro 24).

AREA TEMÁTICA: ACTIVIDADES DE ENFERMAGEM		
CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
Eliminação	Vesical	“Os doentes aqui, vêm quase todos algaliados da urgência, tentamos que o doente faça uma ingestão hídrica adequada, exercício físico, mobilidade, e tentamos desalgaliar quase todos os doentes” E4 “acho que se deve desalgaliar o mais cedo possível” E6 “em termos de eliminação é retirar as algalias o mais precocemente possível e fazer treinos vesicais.” E3 “treino de esfínteres, incentivo ao treino de esfínteres” E1

		<p>“o nosso papel aqui é treinar alguns esfíncteres que não têm um verdadeiro controlo, nas incontinências de esforço, exercício contra-pélvicos” E1</p> <p>“na eliminação tentamos retirar precocemente a algália devido aos riscos de infecção e num ou outro caso pode haver a necessidade de efectuar treino vesical.” E2</p> <p>“Em termos de eliminação vesical não fazemos nada em especial, é um facto” E8</p>
	Intestinal	<p>“passa também por de manhã ter o cuidado de levar o doente á sanita ao chuveiro, ver se o doente consegue eliminar” E4</p> <p>“o levante e logo que possível o treino de marcha para aumentar a motilidade intestinal” E10</p> <p>“assim como não fazemos nada na evacuação” E8</p> <p>“Em termos de eliminação fazemos por exemplo, a mobilização precoce” E10</p> <p>“nos autocuidados de eliminação não temos assim grande actuação, estes aspectos estão mais acompanhados pelos colegas generalistas” E2</p>

QUADRO 24: Achados das entrevistas referentes á eliminação

A mobilidade segundo a CIPE® (2000, p. 38) é “um tipo de actividade motora com as seguintes características específicas: movimento voluntário e psicomotor do corpo, incluindo a coordenação dos movimentos musculares e articulares, bem como o desempenho do equilíbrio, o posicionamento corporal e a deambulação”. No âmbito da categoria mobilidade é referido o levante, o posicionamento, a mobilização e o treino de equilíbrio (Quadro 25).

AREA TEMÁTICA: ACTIVIDADES DE ENFERMAGEM		
CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
Mobilidade	Levante	<p>“fazer levante” E4</p> <p>“Tentamos o máximo possível fazer o levante” E6</p> <p>“mesmo em doentes com um estado físico mais debilitado eu tento sempre que se faça o levante” E5</p> <p>“incidimos mais nos levantamentos” E2</p>
	Posicionamentos	<p>“posicionamentos em padrão anti-espástico” E4</p> <p>“tenho cuidado com os posicionamentos correctos, mesmo na alimentação para o doente se alimentar” E4</p> <p>“incidimos nos posicionamentos..., posicionamento em padrão anti-espástico” E2</p> <p>“quando se levanta um doente e como se deixa os pés, os pés são uma coisa que ninguém liga” E3</p> <p>“posicionamos sempre os doentes de duas em duas horas... tentamos sempre fazer posicionamento anti-espástico” E7</p> <p>“não adiante eu numa manhã fazer posicionamentos padrão anti-espástico ao doente se nas restantes 24 horas o doente não é posicionado correctamente” E4</p>

	Mobilização	<p>“o simples facto de estar aletoado os torna dependentes em muitos auto cuidados, é claro que nós tentamos minimizar esses danos” E11</p> <p>“se o enfermeiro de reabilitação não passar por lá está restrito a um cadeirão ou a uma cama, por exemplo” E9</p> <p>“acabamos por direccionar muito em termos de exercícios de mobilização e desenvolver a capacidade funcional da pessoa” E8</p>
	Treino do equilíbrio	<p>“em relação ao equilíbrio também começamos a fazer o treino do equilíbrio no dia em que ele faz o primeiro levante” E11</p> <p>“começamos a fazer algum treino de equilíbrio com alguma marcha assistida” E11</p>

QUADRO 25: Achados das entrevistas referentes á, mobilidade

Segundo a Ordem dos enfermeiros (2002, p. 13), “Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro maximiza o bem-estar dos clientes e suplementa/complementa as actividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente.” Por sua vez Hesbeen (2003), salienta que a reabilitação poderia ser definida como a ciência e arte da gestão dos obstáculos potencialmente geradores de desvantagem, sendo seus objectivos, analisar, suprimir, atenuar e ajudar a ultrapassar obstáculos. O que evidencia a promoção da autonomia referida pelos entrevistados, dividida em duas subcategorias, a autonomia para o auto cuidado e motivar para a reabilitação (Quadro 26).

AREA TEMÁTICA: ACTIVIDADES DE ENFERMAGEM		
CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
Promoção da autonomia	Autonomia no Auto cuidado	<p>“eu acho que o meu trabalho aqui na medicina com os doentes passa muito pelo treino de auto cuidados” E4</p> <p>“Nos autocuidados (...) que seja o doente a fazer o máximo que poder” E6</p> <p>“treinar em termos de auto cuidado higiene... treinar AVDs” E7</p> <p>“tenta-se aproveitar o que eles têm de independente e estimular a parte que é dependente” E6</p> <p>“vai-se tentando ao máximo tudo aquilo que o doente poder fazer incentivando a fazer” E5</p> <p>“mas sempre visando a máxima intervenção e colaboração do doente, visando também a reeducação e a autonomia do doente” E12</p> <p>“na parte de enfermagem de reabilitação incidimos mais nos cuidados de AVDs... as técnicas que têm que ter para incentivar o doente no vestir, no alimentar-se” E2</p> <p>“Também nos compete a nós de reabilitação, por exemplo, o primeiro banho no chuveiro, estimular o doente” E9</p> <p>“avaliação da capacidade de aprendizagem do doente em realizar os seus auto cuidados” E12</p> <p>“utilizamos como estratégias o incentivo ao posicionamento, o</p>

		<p>levantar-se do leito com carga no cotovelo, o levantar-se do leito só após estar algum tempo em pausa, em descanso para evitar a lipotímia, o modo como pega nas canadianas, o tipo de marcha, o modo como se sente na cadeira de rodas, os cuidados em travar a cadeira, o travar antes de se transferir para a cadeira... temos esses cuidados” E2</p> <p>“faço o treino de autocuidado vestir e despir” E7</p> <p>“o arranjar-se, o vestir-se, pontualmente acabas por dar algum apoio” E8</p>
	Motivar para a reabilitação	<p>“esses têm de ser incentivados, levados a fazer a coisa de forma mais casual, mais descontraída e elas acabam por fazer” E4</p> <p>“têm de ser incentivados, porque eles têm é medo de fazerem mal, não é que não queiram fazer têm é medo de fazer, têm medo de contrariar as ‘regras’ do sítio onde estão, do serviço” E4</p> <p>“Os pacientes são as partes mais interessadas no processo de reabilitação e se eles não estiverem motivados para a reabilitação tu também não consegues teres sucesso no que fazes” E4</p> <p>“há doentes que acabo por ser um bocadinho... tem de ser imposto, senão eles não fazem nada E4</p> <p>“ponho-lhe a camisola na mão e digo ‘espere aí que já venho porque me estão a chamar’ e saio para ver se o doente começa a vestir sozinho” E4</p> <p>“levar o doente a entender que, quando nós o incentivamos a fazer alguma coisa não é para diminuir o nosso trabalho mas porque é o melhor para ele” E4</p> <p>“temos doentes com idade elevada, então quanto menos fizerem ou quanto mais fizermos por eles, eles acham que isso é que é carinho, é demonstrar muito afecto e não entendem que o importante é evitar a imobilidade deles, evitar a dependência deles” E4</p>

QUADRO 26: Achados das entrevistas referentes à promoção da autonomia

São referidas as actividades de enfermagem no âmbito da cinesioterapia respiratória apresentando como subcategorias, o ensino dos tempos respiratórios, a limpeza das vias aéreas, os exercícios específicos e a ausência de intervenção a esse nível (Quadro 27). No âmbito das competências do especialista em enfermagem de reabilitação é referido a implementação de programas de reeducação cardio-respiratória e planos de intervenção para redução de riscos a este nível (Regulamento nº 125/2011).

AREA TEMÁTICA: ACTIVIDADES DE ENFERMAGEM		
CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
Cinesioterapia respiratória	Ensino dos tempos respiratórios	<p>“a educação da parte respiratória para o esforço.” E4</p> <p>“um doente com dispneia tento treinar com ele a respiração abdomino-diafragmática que é muito mais eficaz” E4</p> <p>“doentes asmáticos e com DPCO e nesses casos nós ensinamos as técnicas da respiração” E6</p>

		<p>“Fazemos alguma cinesioterapia respiratória, nomeadamente dissociação dos tempos respiratórios e ensinar a respirar” E3</p> <p>“normalmente, utilizo técnicas de treino respiratório, dissociação de tempos respiratórios” E1</p> <p>“dificuldade ao fazer o primeiro ensino, segundo ensino, terceiro ensino sobre a dissociação dos tempos respiratórios” E12</p>
	Limpeza das vias aéreas	<p>“na cinesioterapia respiratória procedemos à eliminação de secreções, para uma boa respiração” E10</p> <p>“em relação á respiração não fazemos drenagens posturais porque não temos condições para isso” E3</p> <p>“aplicamos de vez em quando cinesioterapia respiratória se tiver bastantes secreções” E2</p>
	Exercícios específicos	<p>“por vezes utilizo uns expirómetros, as técnicas específicas da cinesioterapia, a utilização do bastão para os exercícios respiratórios” E5</p> <p>“utilizo técnicas de incentivo da tosse, treino de tosse eficaz e tosse assistida” E1</p>
	Ausência de cinesioterapia	<p>“na área respiratória, a cinesioterapia respiratória é pontualmente executada” E2</p> <p>“nem sempre temos disponibilidade para fazer cinesioterapia e sabemos que os doentes precisam dela e que até beneficiavam e por vezes nem precisavam de ser aspirados” E2</p> <p>“a maior parte da cinesioterapia respiratória que fazemos reduz-se ao fazer levantar” E3</p>

QUADRO 27: Achados das entrevistas referentes à cinesioterapia respiratória

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2002, p. 12), “Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro previne complicações para a saúde dos clientes.” No âmbito da **prevenção de riscos** os enfermeiros de reabilitação “tem uma vigilância muito apertada em qualquer posicionamento” E9, sobressaindo as subcategorias, lesões da pele, quedas e ergonomia do cuidar (Quadro 28).

AREA TEMÁTICA: ACTIVIDADES DE ENFERMAGEM		
CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
Prevenção de riscos	Lesões da pele	<p>“já há muito que não ganham escaras no serviço” E6</p> <p>“passou-se a ter uma ‘consulta’ de vigilância de úlceras em que está sempre lá registado para poder ver a evolução que teve” E3</p> <p>“para o risco de ulcera de pressão (...) tentamos fazer uma gestão do ambiente adequada” E1</p> <p>“prevenimos bastante em termos de úlceras de pressão, todos os doentes têm colchão anti-escaras, porque aqui são doentes com algum grau de dependência.” E7</p> <p>“Nós vamos tendo o cuidado de fazer massagem das zonas de pressão” E2</p>
	Quedas	<p>“Quanto a quedas, de vez em quando eles caem...” E6</p> <p>“Os que estão mais agitados nós tentamos imobiliza-los, imobilizando-os com os imobilizadores, com as faixas” E6</p> <p>“A nível de prevenção de quedas está muito pouco trabalhado, o</p>

		<p>risco existe mas não há monitorização do risco” E3</p> <p>“risco de queda tentamos fazer uma gestão do ambiente adequada” E1</p> <p>“prevenção de quedas, mesmo dos doentes com desequilíbrio” E7</p> <p>“fazemos sempre um ensino ao doente em caso de risco de equilíbrio... ensinamos técnicas para prevenir, algumas dicas para prevenir e não dar uma queda” E10</p>
	Ergonomia do cuidar	<p>“para facilitar a ergonomia, o trabalho e a prevenção de riscos, nomeadamente, nas transferências” E10</p> <p>“pedimos ajuda para não fazer esforços.”E5</p>

QUADRO 28: Achados das entrevistas referentes à prevenção de riscos

A família constitui, a maior parte das vezes, o único suporte para a recuperação do doente dependente, provocando impacto no seio da família. Torna-se então pertinente “Ocupar-se do sofrimento daquele que não é doente propriamente dito, é essencial a cuidados de qualidade. (...) O sofrimento dos familiares gera um peso suplementar que não pode ser menosprezado. Este aspecto torna, mais complexa a prática dos cuidados” (Hesbeen, 2001, p. 76). Os enfermeiros assumem neste contexto um papel preponderante na interacção com a família, capacitando os cuidadores, reorganizando a família, suporte à vivência da crise, e ensino junto das famílias (Quadro 29).

AREA TEMÁTICA: ACTIVIDADES DE ENFERMAGEM		
CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
Interacção com a família	Capacitar os cuidadores	<p>“não tentamos arranjar um cuidador, tentamos arranjar vários cuidadores, dois ou três” E11</p> <p>“a filha tem de saber prestar os cuidados de higiene, fazer os posicionamentos, fazer o levante com ajuda, esse processo tem de ser realizado com a família ou com quem ela delegar” E3</p> <p>“a família neste caso, tipo na hora da visita vai fazer marcha com ele com andarilho, e podemos juntar o papel das famílias” E9</p> <p>“a nossa alta começa a ser programada muito cedo e logo no inicio o cuidador, normalmente a família é chamada a participar nos cuidados...”E6</p> <p>“convocamos a família para, sempre que eles queiram porque há alguns que não querem, convocamos a família para virem aprender” E6</p> <p>“Tentamos aproximar a família sempre nos cuidados que são prestados, numa postura de explicar o que se vai fazer e porque é que se vai fazer e pedir colaboração” E1</p> <p>“Quanto á educação á família, nós tentamos que as famílias estejam cá, principalmente em alturas cruciais como a alimentação, as refeições” E4</p> <p>“vou fazer o ensino ao outro familiar que vai lá dar a alimentação..., às vezes até administração de insulina, ou qualquer coisa assim” E4</p> <p>“é-lhes ensinado (...) administração de alimentação por sonda” E6</p>

		<p>“normalmente eu combino com a família o eles virem cá aprender a prestar os cuidados de higiene comigo” E4</p> <p>“se os doentes por acaso têm um cuidador externo que não é a família, normalmente pedimos para que o cuidador venha apreender e combinamos isso” E4</p>
	Reorganizar a família	<p>“não temos assim ninguém em específico a ensinar, é quem a família escolher” E6</p> <p>“privilegiamos o prestador primário, é aquela pessoa que mais acompanha” E2</p> <p>“ainda não trabalhamos assim a 100% com a família, e também nem todas as famílias nos permitem isso” E1</p> <p>“procuramos integrar a família nos cuidados” E1</p> <p>“não sou eu que escolho o familiar que vai cuidar do doente” E1</p> <p>“a escolha tem sempre a ver com a escolha do doente e da própria família” E1</p> <p>“às vezes a família tem em casa a pessoa que vai ficar com ele 24 horas por dia” E1</p> <p>“não se obriga ninguém a vir cá apreender... eles é que decidem quem é que vem, quantos é que vêm, é claro que não vem a família toda, mas entre um, dois, três nós fazemos o ensino” E6</p> <p>“esporadicamente optamos por outro familiar se virmos que o prestador de cuidados primário não está receptivo” E2</p> <p>“um familiar significativo que possa dar apoio e de ensinar também” E8</p> <p>“deixamos a família um bocado de lado porque a situação é um bocado precoce” E10</p> <p>“nem sempre se consegue uma efectiva articulação com a família” E1</p> <p>“é muito importante ele identificar quem será a pessoa mais significativa, porque isso às vezes também é difícil a gente conseguir identificar uma pessoa” E8</p> <p>“não conseguimos esperar que a família vá dar a resposta que nós queremos, não quer aprender.” E3</p> <p>“Quando é para chamar a família, muitos poucos querem vir, quando querem marcamos um tempo” E3</p> <p>“então vou ter de inserir a família” E9</p>
	Suporte á vivencia da crise	<p>“as pessoas quando chegam aqui ainda vêm em estado de choque, ainda não estão preparadas” E10</p> <p>“Sempre que nos é oportuno tentamos falar com a família” E2</p> <p>“é isso que nos tem dado mais gosto é trabalhar as famílias ou tentar que elas queiram ser trabalhadas.” E3</p> <p>“a família vê-nos como um meio útil de informação e um meio útil para conseguirem prestar cuidados com qualidade no domicílio aos entes deles” E7</p> <p>“a família (...) é verdadeiramente o nosso garante para a continuidade dos cuidados no domicilio” E2</p> <p>“nós acabamos sempre por combinar uma hora, um dia, ou na manhã a seguir para tentar gerir a prestação dos cuidados aos outros doentes e as necessidades da família “ E1</p> <p>“às vezes naquela hora eu posso mas a família não pode e vice-versa e acabamos por combinar, não é uma convocatória formal mas vamos acertando” E1</p> <p>“A família cá, consegue estar mais próxima do doente, dos cuidados ao doente e já o alimenta no internamento” E4</p>

		<p>“você aqui estão á vontade, podem fazer as perguntas que quiserem, mesmo que vos pareçam às vezes estúpidas, porque é assim, aqui nos podemos resolver, podemos tentar explicar, em casa estão sozinhos” E6</p>
	Estratégia de ensino junto das Famílias	<p>“não há um padrão que diga assim `eu vou começar por aqui e vou acabar ali” E3</p> <p>“a primeira vez, é normalmente tipo demonstração e depois pede-se que a família venha uma segunda vez para serem eles a praticarem e para porem as duvidas” E6</p> <p>“também deveria haver um ensino estruturado que permitisse dizer que a família `A` tem o conhecimento `x` e a família `C` tem o conhecimento `y`” E11</p> <p>“o ensino que existe é um ensino a nível de panfleto, com alguns cuidados mais direccionados para a família” E11</p> <p>“panfletos para a família ter um guião ou uma orientação, ou ter algo que os alerte para aquilo que é indispensável relativamente aquilo que é para aprender” E1</p> <p>“Mas é sobretudo, em termos estratégicos, dando treino, instrução e apoio, estando presente sempre que possível” E8</p> <p>“senão é um bocado ocasional, não propriamente um planeamento estruturado, com dia marcado” E5</p> <p>“é às vezes um bocadinho difícil de determinar o que é que eu vou ensinar á família” E8</p> <p>“geralmente é feito uma media três ensinios, mais ou menos, às famílias, mesmo na alimentação por sonda quando há necessidade disso” E7</p> <p>“preparamos ensinios para o reforço” E7</p> <p>“é verificado e supervisionado determinado procedimento e corrigindo se for caso disso e limando determinadas arestas” E8</p> <p>“estamos um bocadinho numa fase que consiste em debitar” E1</p> <p>“os ensinios são feitos planeados, consoante o planeamento que é feito para o trabalho” E8</p> <p>“Em termos de estratégias é muito através do treino, da instrução, do treino, dar o exemplo e ele tentar repetir” E8</p> <p>“usamos estratégias de fornecimento de algum apoio em suporte de papel” E8</p> <p>“se é um doente que tem capacidade de aprendizagem é fazer um ensino pró-activo, no local” E3</p> <p>“Para ensinar os doentes temos, como no modelo transcultural de Madeleine Leininger, de adequar a nossa linguagem ao doente que está a nossa frente quer em termos culturais quer em termos de capacidades de aprendizagem” E12</p> <p>“às vezes temos de usar a imitação porque naquelas afasias sensitiva não interpretam nada do que nós dizemos” E12</p>

QUADRO 29: Achados das entrevistas referentes à interacção com a família

A hospitalização representa para o doente um ambiente estranho, com vestuário peculiar e novas rotinas com pessoas desconhecidas, no entanto, o processo de socialização ao serviço pode ser facilitado para o doente e família com uma apresentação sumária do serviço e recursos existentes e da entrega de um folheto informativo (Serra, 2005).

Esta preocupação é perceptível das entrevistas no âmbito da promoção da interacção social (Quadro 30).

AREA TEMÁTICA: ACTIVIDADES DE ENFERMAGEM		
CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
Promoção da interacção social	Avaliação das relações	<p>“Em relação á parte de interacção social não é uma coisa que nós trabalhos na unidade” E11</p> <p>“A parte da interacção social, passa mais pelas tardes, ou seja, quando eu faço tarde, vejo se os doentes têm ou não visitas” E4</p> <p>“se não vem ninguém visitar o doente e porque é que não vem, se o doente tem noção ou não de estar sozinho, como é que se sente no ambiente hospitalar” E4</p>
	Estratégias de interacção social	<p>“para a interacção social temos a televisão... tentamos falar, tentamos incentivar” E6</p> <p>“tentamos que os doentes interajam uns com os outros” E6</p> <p>“tentar que doentes com patologias ou capacidades semelhantes interajam entre eles, que joguem, por exemplo, às cartas ou dominó na sala de refeição, ou seja, tento que eles interajam um bocadinho mais.”</p>

QUADRO 30: Achados das entrevistas referentes à promoção da interacção social

A **rede de suporte** é apresentada como uma actividade de enfermagem de onde emergiram o edifício residencial, a rede de cuidados continuados e o centro de saúde (Quadro 31). Conforme nos refere Hesbeen (2003) o ambiente físico, tais como a ordenação urbanística, a localização geográfica, a arquitectura de uma casa, de uma sala, o posto de trabalho, as características de uma cadeira de rodas ou o material de cuidados utilizado são áreas de intervenção do enfermeiro de reabilitação por constituírem obstáculos. Este aspecto é realçado no Regulamento nº 125/2011, onde é realçado a competência do enfermeiro de reabilitação para “promover a mobilidade, a acessibilidade e a participação social, identificando barreiras arquitectónicas, orientar para a eliminação das barreiras arquitectónicas no contexto de vida da pessoa e emitindo pareceres técnico-científicos sobre estruturas e equipamentos sociais da comunidade.”

A preparação da alta deve envolver todos os actores, de modo a garantir a continuidade dos cuidados, diminuir o tempo de internamento, facilitando a reinserção sócio-familiar e contribuindo para a readaptação funcional após a alta, no qual a rede de suporte assume especial relevo. Neste nível “tem de haver um acompanhamento posterior, não é só mandar o doente para casa” E12, sendo descrito pelos participantes o recurso à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). A Rede destina-se a colmatar uma

lacuna, realmente existente na sociedade portuguesa, no que se refere à escassez de respostas adequadas que satisfaçam as necessidades de cuidados de saúde decorrentes de situações de dependência, resultantes de doença de evolução prolongada, que se estima virem a aumentar nas próximas décadas. Esta rede é uma resposta de cuidados globais a pessoas que independentemente da sua idade, se encontrem em situação de dependência (Decreto-Lei nº 101/2006)

AREA TEMÁTICA: ACTIVIDADES DE ENFERMAGEM		
CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
Rede de suporte	Edifício residencial	<p>“Eu tento conhecer as condições em que o doente vive em casa, que a família me diga quais as dificuldades que tem em casa” E4</p> <p>“Aos familiares eu tento fazer quanto possível fazer o ensino nas condições o mais próximo do que eles têm em casa, ou seja, pergunto que condições têm em casa, se a cama é articulada ou não, o tipo de colchão, porque alguns tipos de coisas é muito fácil fazer no hospital, mas temos é de adequar às condições que eles têm em casa e tentar que isso seja o mais próximo possível.” E4</p> <p>“a nossa intervenção surge logo no sentido de programar a alta... a alta, avaliando o aspecto familiar, se tem problemas económicos, se tem condições em casa” E9</p>
	Rede de cuidados continuados	<p>“assinalamos logo a EGA e depois referenciamos se assim for” E11</p> <p>“eles já sabem que existe a RNCCI e estão á espera que o hospital os encaminhe para lá.” E11</p> <p>“os doentes do foro neurológico têm acesso às unidades de cuidados continuados, se forem esse doentes, praticamente são todos sinalizados” E3</p> <p>“se calhar o problema dela para a alta é activa-lo, sinaliza-lo para uns cuidados continuados” E9</p> <p>“as coisas estão a melhorar com esta rede de cuidados continuados, com a formação das EGAs e com as equipas na comunidade” E12</p> <p>“se a orientação aqui no internamento é para unidades de cuidados continuados” E8</p> <p>“falamos directamente com a EGA...” E9</p> <p>“começa a haver uma comunicação entre as equipas de gestão de altas e as equipas domiciliárias” E12</p>
	Centro de saúde	<p>“nós tentamos ligar para o centro de saúde para dar um apoio, para supervisionar o que foi feito aqui” E6</p> <p>“a única coisa que existe é uma comunicação em papel em que enviamos uma carta para os colegas do centro de saúde... nós não temos a noção da continuidade que vai haver” E11</p>

QUADRO 31: Achados das entrevistas referentes à rede de suporte

O enfermeiro de reabilitação assume inúmeras vezes o papel da gestão conforme referido pelos entrevistados no quadro 32. “Na procura permanente da excelência no

exercício profissional, o enfermeiro contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem” (Ordem dos Enfermeiros, 2002, p. 15). O especialista em enfermagem de reabilitação dada a sua formação e actuação profissional desenvolve papéis a vários níveis nomeadamente nos **processos de gestão**.

AREA TEMÁTICA: ACTIVIDADES DE ENFERMAGEM		
CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
Processos de Gestão	Planeamento da formação em serviço	“uma pessoa que era a responsável pela formação, todos os anos fazia um calendário de formação com vários temas distribuído por equipas” E12 “ficar um pessoa de reabilitação responsável por essa formação e evitando perder algum tempo individualmente” E8
	Gestão corrente	“a nível de gestão seremos sempre uma mais-valia” E3 “são por vezes questões burocráticas que se associam um bocadinho, por exemplo pedir dietas” E1
	Coordenação de equipe de cuidados	“A organização da equipa não é feita pela reabilitação é feita pela chefia e pelas pessoas que colaboram com as chefias” E8 “foi sempre um enfermeiro de reabilitação que assumiu a coordenação da equipa de enfermagem” E10 “é sempre um enfermeiro de reabilitação que é o responsável” E10 “tem uma importância fundamental, porque permite orientar a prestação de cuidado e gere a prestação de cuidados, a qualidade dos cuidados” E10 “a importância na gestão dos cuidados” E10

QUADRO 32: Achados das entrevistas referentes aos processos de gestão

Na categoria **continuidade do processo de reabilitação**, é referida a continuidade *in loco*, a passagem de turno, os registos ou a ausência de continuidade (Quadro 33). Cabete (1999, p. 99) define a continuidade de cuidados como sendo “O conjunto de acções que visam garantir uma transição adequada de cuidados quando há mudança de prestadores. (...) Deve assegurar que um plano de intervenção é prosseguido, que os cuidados não são interrompidos, e que a qualidade é mantida.”

AREA TEMÁTICA: ACTIVIDADES DE ENFERMAGEM		
CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
Continuidade do processo de reabilitação	In loco	“Por vezes damos algumas indicações para fazerem mobilizações passivas em um doente que comece com alguma espasticidade, quando os colegas estão junto ao doente” E11 “pontualmente quando eles estão com os doentes chamo á atenção para algumas coisas que acho que são importantes, como

		<p>por exemplo, os posicionamentos, a alimentação” E5</p> <p>“são dadas orientações junto do doente para posicionamentos, na postura correcta no membro inferior, quando o doente está sentado, na marcha, na alimentação do doente... estamos sempre atento a isso” E9</p> <p>“As orientações, predominam verbais, no acto em si” E9</p> <p>“nós falamos com os colegas e pedimos para fazer isto ou aquilo” E1</p> <p>“orientações para os enfermeiros generalistas, normalmente, falo com o colega, e aquilo que eu achar, mesmo que seja em termos de posicionamento, alimentação, deglutição... mesmo algumas actividades como aqueles jogos destinados ao estímulo da coordenação, á parte cognitiva” E10</p> <p>“fala-se aos colegas quando é preciso” E10</p> <p>“nós quando vemos, vamos alertando para um pormenor ou outro para melhorar a prestação de cuidados” E2</p> <p>“dou pontualmente algumas indicações (...) em terem mais cuidados com os posicionamentos, com o padrão anti-espástico” E2</p> <p>“não há um planeamento, vai-se corrigindo pontualmente e dando indicação... o que é muito feito, eventualmente é falar com os colegas” E8</p>
	Passagem de turno	<p>“se eu acho que devo dar alguma indicação ou sugerir algum cuidado para aquele doente aproveito a passagem de turno para alertar os colegas generalistas” E4</p> <p>“As orientações que normalmente deixo para os colegas é em termos de posicionamentos e levantes, basicamente é essas que eu deixo e faço-o na passagem de turno” E3</p> <p>“nas passagens de turno deixo as orientações ou então digo directamente ao colega, mas depois acabo por dizer também na passagem de turno” E5</p> <p>“por vezes de manha na passagem de turno (...) vamos conversando dando e deixando indicações para os colegas generalistas” E1</p> <p>“depois tento transmitir aos colegas generalistas na passagem de turno” E7</p> <p>“alertar os colegas dos cuidados gerais para terem esse cuidado” E2</p> <p>“muitas vezes é preciso alertar na passagem de turno para os posicionamentos, para os levantes, para coisas que as pessoas sabem fazer mas que não se faz porque o habito se criou.” E3</p> <p>“o colega da tarde dá as orientações que entende adequadas aos colegas da noite” E10</p> <p>“A passagem de informação faz-se habitualmente verbalmente através das passagens de turno quer aos colegas generalistas quer ao colega de reabilitação que entra a seguir” E12</p>
	Registos	<p>“alguma coisa que eu queira que eles se lembrem fica escrito nas notas gerais” E6</p> <p>“por vezes algumas informações deixadas escritas...” E12</p>
	Ausência de continuidade	<p>“não tenho o cuidado de deixar indicações para os colegas generalistas ao longo das 24 horas” E2</p> <p>“mas não fica nada registado escrito para os colegas generalistas da noite” E10</p>

QUADRO 33: Achados das entrevistas referentes à continuidade do processo de reabilitação

Alfaro-lefevre (2002) salienta que a avaliação está fortemente relacionada com todas as fases do processo de enfermagem, porque a enfermagem não pode estar voltada á tarefa, deve estar voltada ao pensamento, reflectindo sobre as respostas iniciais às suas acções, monitorizando, realizando as mudanças o mais cedo possível, durante a implementação e quando necessárias. Ao longo das narrativas dos participantes são visíveis as referências à **avaliação do processo** através dos resultados no doente (Quadro 34), de onde emergiram as subcategorias, frequência, uso de instrumentos ou escalas e avaliações subjectivas. Nas competências do enfermeiro especialista de reabilitação é reforçada a pertinência da utilização de escalas e instrumentos de medida (Regulamento nº 125/2011).

AREA TEMÁTICA: AVALIAÇÃO DO PROCESSO		
CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
Resultados no doente	Frequência	“no momento em que o doente faz o primeiro levante, ao quinto dia, ao décimo quinto dia e no momento da alta” E4 “mas normalmente faço sempre três avaliações” E4 “fazemos sempre um teste ao doente, teste em que o doente tem de passar várias etapas para conseguir ter uma alimentação oral” E11 “três dias após, eu faço uma nova avaliação,” E6 “a gente vai fazendo a avaliação sequencial” E7 “vai-se fazendo uma avaliação contínua dos ensinios” E10 “se é um doente que apresenta de facto esta disfagia, não é feita a avaliação diária, planeamos se calhar ao fim de três quatro dias” E8 “depois dia a dia ou de dois em dois dias, vai-se fazendo novamente a avaliação, conforme a evolução funcional que ele tenha” E8 “fazemos uma avaliação que surge diariamente” E9 “por norma chego lá ao doente e avalio todos os dias... faço a avaliação” E12
	Uso de instrumentos ou escalas	“Em todos os doentes internados com AVC eu utilizo a escala de Barthel” E4 “eu aplico a escala de Barthel por iniciativa própria e registo em notas gerais.” E4 “os nossos registos baseiam-se em algumas intervenções de equilíbrio” E11 “Nós temos um documento de registo que é estruturado” E11 “depois também temos uns registos numa pasta em formato Excel onde temos intervenções já com linguagem CIPE direccionadas para a reabilitação” E12 “temos uma aplicação de Excel onde registamos os cuidados prestados” E10 “uma grelha de registos, digamos assim, que tem escalas, que tem aquilo que nós devemos ter mais em conta” E2 “Para avaliarmos a aprendizagem (...) não temos é nada que nos permita dizer que aquele doente está capaz ou não está capaz, nenhum instrumento que nos diga, que quantifique” E11

	<p>Avaliações subjectivas</p> <p>“fazemos uma avaliação, mas não temos propriamente uma checklist para ver se ele cumpre direito cada ponto, cada parte” E8</p> <p>“fazemos uma avaliação da evolução que acaba por ser um pouco empírica” E8</p> <p>“consiste em ir vendo mais ao menos o que eles perceberam ou aprenderam” E5</p> <p>“fazemos de uma forma empírica naquele doente em que denotamos que em termos de equilíbrio ele teve uma melhora” E3</p> <p>“acabo por avaliar mais pela descrição do grau de dispneia ou diminuição desse grau de dispneia, diminuição da tosse ineficaz ou passar para uma tosse eficaz do que propriamente quantificar.” E4</p> <p>“indo vendo o que ele conseguiu aprender ou não mediante aquilo que ele for capaz de fazer ou não.” E5</p> <p>“é feita a avaliação se o doente precisa de ser posicionado mais frequente, menos frequente” E9</p> <p>“Os meus registos são também no SAPE mas em cuidados gerais, em notas livres” E4</p> <p>“deixo escrito, tudo o que eu faço, em notas gerais que é acessível aos colegas generalistas como á parte médica também.” E4</p> <p>“por isso eu não faço propriamente o plano no SAPE, faço em notas gerais” E6</p> <p>“temos um programa, o SAPE, mas este programa está direccionado de certa forma para os cuidados gerais” E3</p> <p>“Os registos de cuidados de enfermagem de reabilitação fazemos no SAPE mas no espaço para notas gerais, ou seja, é uma parte de escrita livre” E1</p> <p>“porque o registo não está a ser totalmente elaborado, vamos registando algumas coisas nas notas gerais da CIPE e depois as intervenções de enfermagem de reabilitação na CIPE” E2</p> <p>“Para avaliar a aprendizagem do doente e da família não uso nenhuma técnica em concreto”</p>
--	--

QUADRO 34: Achados das entrevistas referentes aos resultados no doente

Ao longo do processo de desenvolvimento dos cuidados de enfermagem de reabilitação, foram visíveis as diferentes fases do processo de enfermagem. Um método de trabalho sistemático que permite que a enfermagem tome decisões esclarecidas quanto às situações de cuidados, isto é, que elabore intervenções baseadas num juízo próprio de enfermagem, em vez de um processo de tentativas e erros (Berger et. al., 1995). Ao longo deste capítulo as diferentes fases do processo de enfermagem de reabilitação reflectiram-se na investigação e diagnóstico, o planeamento, as actividades desenvolvidas e avaliação do processo.

6. UM OLHAR SOBRE A FORMA COMO OS ENFERMEIROS DE REABILITAÇÃO AVALIAM OS RESULTADOS

O **resultado** reflecte as mudanças, no sentido desejável ou indesejável, que são provocadas no estado de saúde do indivíduo ou populações que podem ser atribuídas aos cuidados de saúde. Ou seja, estes resultados podem incluir, mudanças no estado de saúde do indivíduo ou população, mudanças nos conhecimentos adquiridos pelo cliente e familiares que podem influenciar a saúde futura e mudanças nos comportamentos do cliente ou familiares que podem influenciar a saúde futura, assim como a satisfação do paciente e seus familiares com o atendimento recebido nos cuidados de saúde e com os seus resultados.

Donabedian (2003), apresenta uma classificação detalhada dos resultados, podendo englobar critérios como, clínicos, fisiológicos-bioquímicos, físicos, psicológicos e mentais, psicológicos e sociais, resultados integradores e resultados avaliativos. Esta classificação é apresentada no quadro 35.

Classificação de resultados	
Clínicos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sintomas relatados que têm significado clínico 2. Classificação do diagnóstico como um indicador de morbilidade 3. Estadiamento da doença, relevante para a perda funcional e para o prognóstico 4. Desempenho no diagnóstico - a frequência de falsos positivos e falsos negativos como indicadores de performance diagnóstica ou descoberta de casos
Fisiológicos-Bioquímicos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anomalias 2. Funções: <ul style="list-style-type: none"> - Perda da função - Reserva funcional - inclui o desempenho em situações de teste sob vários níveis de stress

Físicos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perda ou prejuízo da estrutura ou da integridade física - inclui anomalias, deformidades e desfiguração 2. Desempenho funcional de actividades físicas e tarefas: <ul style="list-style-type: none"> - Em circunstâncias da vida diária - Em situações de teste sob diversos níveis de stress
Psicológicos e mentais	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sentimentos. Inclui o desconforto, a dor, o medo, a ansiedade (ou os seus opostos, incluindo a satisfação) 2. Crenças que são relevantes para a saúde e cuidados de saúde 3. Conhecimento que é relevante para a vida saudável, os cuidados de saúde e lidar com a doença 4. Défices moderados de funções psicológicas ou mentais: <ul style="list-style-type: none"> - Em circunstâncias da vida diária - Em situações de teste que envolvem diversos níveis de stress
Psicológicos e sociais	<ol style="list-style-type: none"> 1. Comportamentos adequados para lidar com a doença em curso ou que afecte o estado de saúde futuro, incluindo a adesão aos planos de cuidados de saúde e mudanças de hábitos relacionados com a saúde 2. Desempenho de papéis <ul style="list-style-type: none"> - Conjugal, Familiar, Trabalho e Outros interpessoais 3. Desempenho sob condições de teste que envolvem variações de stress
Resultados integradores	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mortalidade 2. Longevidade 3. Longevidade, considerando os ajustamento dos graus de défices físicos, psicológicos ou psicossocial: equivalentes à função plena 4. Valor monetário dos anteriores
Resultados avaliativos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Opiniões dos clientes sobre, a satisfação com diversos aspectos do cuidar, incluindo a acessibilidade, a continuidade, a informação, a eficácia, e o custo

QUADRO 35: Classificação de resultados segundo Donabedian
(Fonte: Donabedian, 2003, p. 48)

A análise dos indicadores da qualidade de resultados dos cuidados de saúde, proporcionam a oportunidade de avaliar a eficácia, efectividade e eficiência das práticas, tanto sob o aspecto da avaliação tecnológica como sob o aspecto da avaliação dos próprios prestadores de cuidados de saúde. Sendo a eficiência, um conceito que pode ter diversos significados consoante a área do conhecimento que estejamos a estudar. Em saúde, a eficiência significa produzir serviços de saúde ao menor custo possível para a sociedade, mas, também pode ser quantificada pela relação entre o quociente dos resultados obtidos e o valor dos recursos utilizados. Em termos de economia da saúde pode ser considerada em que medida as consequências de um projecto de saúde são ou não desejáveis (Paneque, 2004).

Pretende-se ao longo deste capítulo mostrar um olhar sobre a forma como os enfermeiros de reabilitação avaliam os resultados das suas práticas, sobressaindo nos discursos dos participantes os temas instrumentos de avaliação, indicadores sensíveis ao doente e resultados da avaliação do desempenho dos recursos humanos (Figura 13).

Tal como nos dois capítulos anteriores, pretende-se esclarecer as categorias e subcategorias que emergiram deste tema, evidenciando as unidades de registo e conceptualizando-as pelo discurso de alguns autores.



FIGURA 13: Categorias e subcategorias do Resultado

No âmbito dos instrumentos de avaliação sobressaem no discurso dos entrevistados o recurso a auditorias e a utilização de escalas variadas.

A auditoria clínica referida pelos participantes como estratégia para avaliar resultados “Dão aos profissionais a oportunidade de reverem a sua prática clínica, de darem um passo para trás e analisarem os cuidados que estão a ser proporcionados, os seus efeitos nos doentes e como tudo isto pode ou não ser melhorado. Dá-lhes também a oportunidade para monitorizarem os efeitos desses cuidados nos doentes” (Sale, 2000, p. 89). Por sua vez, Pires (2007, p. 369) define a auditoria como “a mais típica actividade de gestão dentro dos subsistemas de gestão da qualidade, ou do ambiente, já que pretende, essencialmente, verificar o correcto funcionamento e a eficácia dos sistemas em causa” (Quadro 36).

AREA TEMÁTICA: INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO		
CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
Auditorias	Externas	<p>“se houver uma avaliação externa, acho que isso tem todo o benefício e conseguimos por vezes detectar algumas situações que podemos melhorar” E7</p> <p>“quando é externamente essa avaliação ela é mais correcta”E7</p>

	Existência de auditorias	“Acho que era importante haver auditorias” E11 “trabalhei num serviço que se faziam auditorias aos processos” E1
	Ausência de auditorias	“Não existem auditorias em relação á prestação.” E11

QUADRO 36: Achados das entrevistas referentes às auditorias

Quanto à referência à utilização de escalas como instrumentos de avaliação dos resultados, os participantes referiram com frequência este instrumento nomeadamente as escalas (Quadro 37). A este nível o Regulamento nº 125/2011 salienta no âmbito das competências do enfermeiro de reabilitação a necessidade de recolher informação pertinente e utilizar escalas e instrumentos de medida para avaliar as funções cardio-respiratória, motora, sensorial e cognitiva, alimentação, eliminação vesical e intestinal e sexualidade.

AREA TEMÁTICA: INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO		
CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
Escalas validadas	Sensibilização para a utilização de escalas	“é importante avaliar algumas escalas, como já falamos” E4 “que os enfermeiros especialistas estejam motivados sensibilizados (...) para as escalas de avaliação que também dêem alguma visibilidade á reabilitação.” E11 “As escalas facilitam um bocado o trabalho” E6 “o ideal é que haja sempre escalas que nos digam cientificamente que sim, que houve uma evolução positiva ou não houve evolução” E7 “deveriam ser aplicadas escalas, deveria haver algum registo mais esquematizado” E2 “investir na criação... ou na actualização de escalas” E8 “seria útil a criação, na área dos conhecimentos, a criação de determinadas checklist,” E8 “checklist, por exemplo, de determinadas áreas de ensino que são realizadas, determinadas técnicas” E8
	London Chest Activity	“London Chest Activity para avaliar os problemas respiratórios” E4
	Escala de Barthel	“Em doentes com défices motores como os AVC aí utilizo a escala de Barthel” E4 “também a de Barthel por causa dos autocuidados” E4 “temos a Barthel.” E11 “Nós aqui normalmente utilizamos a escala de Barthel” E6 “também a escala de Barthel” E3 “com Barthel” E12 “um índice de Barthel” E1 “a escala de Barthel” E7 “a escala de Barthel.” E10 “e a escala das AVDS, de Barthel” E2

		<p>“o índice de Barthel” E8</p> <p>“não utilizo nenhum instrumento para medir, a única coisa que por vezes utilizo é a escala de Barthel.” E5</p>
	Mini Mental State	<p>“e o Mini Mental State para ver a parte cognitiva” E4</p>
	Escala de Council	<p>“a escala de força motora que nós cá usamos é a escala de Council” E4</p> <p>“usamos a escala de Council para avaliar a força muscular” E12</p> <p>“utilizamos a escala de força muscular de Council” E7</p> <p>“uso a escala de Council” E2</p>
	Escala de Ashworth	<p>“as de espasticidade de Ashworth” E4</p> <p>“a escala Ashworth” E11</p> <p>“a escala de ashworth de espasticidade” E3</p> <p>“a escala de espasticidade de Ashworth” E7</p> <p>“utilizo a escala de Ashworth para avaliação de espasticidade” E10</p> <p>“outras escalas são a escala de Ashworth” E2</p> <p>“da espasticidade de ashworth” E8</p>
	Escala de ASIA	<p>“Nós utilizamos a escala de ASIA” E11</p> <p>“escala ASIA de avaliação de força muscular” E10</p>
	Escala SF	<p>“a SF” E11</p>
	Escala de Berg	<p>“utilizamos a escala de Berg” E11</p>
	índice de Katz	<p>“nós temos de preencher uma folha que tem lá várias escalas, nomeadamente o índice de Katz”</p>
	índice Lawton	<p>“índice Lawton,” E3</p>
	Escala de Glasgow	<p>“usamos muito a escala de Glasgow para avaliar a consciência do doente” E12</p> <p>“a escala de coma de Glasgow” E7</p> <p>“a escala de Glasglow” E10</p> <p>“a de Glasglow na avaliação do estado de consciência” E2</p>
	Análogica da dor	<p>“a escala analógica da dor também é muito usada” E12</p>
	MIF	<p>“com MIF” E12</p>
	Escala de Morse	<p>“a escala de Morse que é escala de risco de quedas” E2</p>
	Escala de Borg modificada	<p>“às vezes também aplicamos a escala de Borg modificada” E2</p>

QUADRO 37: Achados das entrevistas referentes às escalas validadas

O desenvolvimento e utilização de indicadores de qualidade nos hospitais já vêm de à longa data, existindo actualmente centenas de indicadores que permitem avaliar a qualidade dos cuidados de saúde (Paneque, 2004). A necessidade de indicadores como ferramenta de avaliação dos ganhos em saúde é evidenciada no discurso dos participantes.

Uma vez que nos hospitais a cama constitui o principal recurso no qual se baseiam muitas das medidas da eficiência hospitalar, alguns dos indicadores que medem directamente a eficiência dos cuidados de saúde hospitalares podem ser exemplificados quanto a estadia hospitalar (dias de internamento) e ao aproveitamento da cama (número de camas por habitante, taxa de ocupação, taxa de rotação, etc.). No âmbito dos ganhos em saúde emergiram as seguintes subcategorias: ganhos em autonomia no autocuidado, ganhos em eficácia funcional, ganhos em qualidade de vida e ganhos em conhecimento (Quadro 38).

AREA TEMÁTICA: INDICADORES SENSÍVEIS AO DOENTE		
CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
Ganhos em saúde	Ganhos em autonomia no autocuidado	<p>“às vezes o doente sai daqui exactamente com o mesmo nível de força motora mas é capaz de executar todos os autocuidados para ser independente ou autónomo apesar de manter os défices motores” E4</p> <p>“Como resultados devemos avaliar se o doente adquiriu autonomia ou não, no tempo de internamento” E4</p> <p>“deveria haver uma monitorização da evolução da independência do doente” E11</p> <p>“Os ganhos em saúde deveria ser medidos pela diminuição do grau de dependência” E11</p> <p>“os cuidados de reabilitação melhoraram ou potenciaram o ganho de autonomia do doente” E1</p> <p>“ver os ganhos que obteve, seja em ganhos de autonomia, de força muscular, de avaliação da espasticidade, e autonomia nos autocuidados vestir, andar, etc.” E10</p> <p>“determinar os ganhos de autonomia que houve” E8</p> <p>“se o doente era incapaz de fazer uma transferência sozinho ou um levantar sozinho da cama e transferir-se para a cadeira e ao sair daqui já o é capaz de fazer e isso vemos pelo Barthel, significa que adquiriu alguns conhecimentos” E4</p>
	Ganhos em eficácia funcional	<p>“os doentes a conseguirem expelir mais eficazmente as secreções, a reduzirem a dispneia” E4</p> <p>“se eles ganharem gosto e conseguirem fazer mais vezes durante o dia mesmo sem lá estar ninguém, aí é que se nota a evolução.” E3</p> <p>“se conseguirmos que ele faça aquilo sozinho, há uma evolução” E5</p>
	Ganhos em qualidade de vida	<p>“poderia ser medido por exemplo pela qualidade de vida do doente” E11</p> <p>“evolui bem, nós conseguimos perceber e conseguimos ganhos em saúde com ele e isto foi tudo devido a cuidados de reabilitação?” E1</p> <p>“é possível avaliar os ganhos em saúde, a sua qualidade de vida, se o doente fosse só intervencionado por enfermagem de reabilitação” E10</p> <p>“se conseguimos fazer com que a família continue aquilo que é iniciado por nós obtemos dessa forma melhores resultados na qualidade de vida do doente e da família” E1</p>

	Ganhos em conhecimento	<p>“uma avaliação inicial de quais eram os conhecimentos que a família tinha inicialmente e após a nossa actuação se houver ganhos em conhecimento também há ganhos em saúde” E7</p> <p>“Avaliamos a aprendizagem mas sem utilizar qualquer escala” E2</p> <p>“o conhecimento que ele adquiriu e comprovar” E8</p>
--	-------------------------------	--

QUADRO 38: Achados das entrevistas referentes a ganhos em saúde

A importância que, actualmente, os profissionais atribuem à avaliação da satisfação foi uma constante que sobressaiu ao longo de quase a totalidade das entrevistas (Quadro 39). Uma vez que a prestação de cuidados de saúde está orientada para a melhoria da saúde dos indivíduos, grupos e comunidades, a opinião dos pacientes constitui um dos indicadores mais importantes da sua qualidade. Neste sentido, Donabedian citado por Paneque (2004), afirma que “a satisfação do paciente tem uma importância fundamental como medida da qualidade dos cuidados, porque fornece informação sobre o êxito do prestador em alcançar os valores e expectativas do paciente, que são questões em que este é a autoridade suprema”.

No entanto, Paneque (2004), reconhece uma importante limitação neste tipo de indicadores, que reside no facto da qualidade ser considerada a partir da óptica do paciente, o que não pode garantir que os cuidados de saúde, na forma como foram concebidos correspondam directamente ao que é percebido pelo cliente. Também acrescenta que outras limitações residem no facto de muitas vezes serem os mesmos profissionais de saúde a realizarem e a controlarem a informação recolhida e porque o preenchimento voluntário dos questionários pode levar a taxas elevadas de não-respostas.

AREA TEMÁTICA: INDICADORES SENSÍVEIS AO DOENTE		
CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
Satisfação do doente e família	Percepção subjectiva	<p>“somos, entre aspas, uns anjos e normalmente ficam satisfeitos” E6</p> <p>“A satisfação é importante para o doente e família” E3</p> <p>“A satisfação do utente e família deve ser vista como uma mais valia... não ver só a melhoria do doente” E5</p> <p>“Denotamos claramente que temos um grau de satisfação elevado por parte do doente e família, se bem que nós não aplicamos nenhuma escala de satisfação” E2</p> <p>“o doente não precisa de evoluir a olhos vistos para que se note uma satisfação, nomeadamente nas famílias” E3</p>
	Expressão objectiva dos doentes	<p>“a satisfação é notória através das manifestações... eles falam que nunca tinham sido tratados desta maneira” E12</p> <p>“os doentes e familiares estão satisfeitos com os enfermeiros de reabilitação, pelo menos têm demonstrado na prática e onde estão sempre a requerer o enfermeiro de reabilitação” E7</p>

		<p>“existindo satisfação existe uma maior entrega, um maior rigor uma maior aplicação, tanto do utente como da família” E8</p> <p>“as pessoas ficam satisfeitas com os resultados.” E10</p> <p>“aumenta o seu grau de autonomia aumenta o seu grau de satisfação” E2</p> <p>“Para o doente a satisfação é quando o doente consegue (...) ele já consegue fazer um movimento com o ombro ou pestanejar os dedos” E3</p>
	Necessidade de medição da satisfação	<p>“poderia ser medido a satisfação do doente e da família” E11</p> <p>“mas devia ficar registado porque `palavras leva-as o vento” E12</p> <p>“Eu acho indispensável a satisfação quer dos doentes quer dos seus familiares quanto aos cuidados de reabilitação” E1</p> <p>“A existência de satisfação, considero que é uma dimensão muito importante a ter tanto no utente como na família” E8</p> <p>“Eu acho que a avaliação da satisfação é fundamental e evidente a sua importância.” E12</p> <p>“acho que sim..., a satisfação deveria ser avaliada e registada” E12</p> <p>“Acho muito importante a avaliação da satisfação dos doentes e dos familiares, não só porque, com essa avaliação poderíamos entender as nossas falhas, assim como, o que estávamos a fazer eventualmente mal” E4</p> <p>“a satisfação deveria ser avaliada e registada.” E12</p> <p>“avaliar a satisfação do doente e família em relação às intervenções do enfermeiro de reabilitação.” E11</p> <p>“A satisfação também pode ser um indicador da própria qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação que são prestados” E8</p>

QUADRO 39: Achados das entrevistas referentes à satisfação do doente e família

A avaliação de desempenho é um processo fundamental com vista ao desenvolvimento dos recursos humanos numa organização e consiste em avaliar os indivíduos no desempenho dos seus papéis (Frederico et. al., 1999).

No discurso dos participantes é ainda visível a alusão a ferramentas de avaliação dos recursos humanos, nomeadamente a **avaliação de desempenho** (Quadro 40). “A avaliação dos profissionais também é importante..., acho que é importante mesmo para o próprio profissional perceber se as coisas estão a funcionar ou não” E5

AREA TEMÁTICA: RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DOS RECURSOS HUMANOS		
CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
Avaliação de desempenho	Dificuldade em avaliar o desempenho do enfermeiro de reabilitação	<p>“o meu chefe ... como não é da reabilitação, se calhar não consegue avaliar correctamente que é que eu faço a nível de cuidados de reabilitação... mas vai-se apercebendo pelos comentários dos doentes, dos médicos... vê se o doente está a ter evolução ou não, mas é aquela avaliação mais geral.” E4</p> <p>“Eu não acho, de maneira alguma, que nós enquanto internamento consigamos avaliar os cuidados prestados pelos</p>

		<p>enfermeiros de reabilitação.” E3</p> <p>“do ponto de vista de criticar construtivamente aquilo que eu faço, não tenho ninguém aqui a fazê-lo” E1</p> <p>“neste momento a avaliação ainda está numa fase muito embrionária, ainda não há nenhuma avaliação de desempenho formal para a enfermagem de reabilitação” E10</p> <p>“é preciso criarem-se as avaliações de desempenho” E10</p>
	Auto-avaliação	<p>“a monitorização que eu tenho do meu trabalho é uma monitorização subjectiva, ou seja, é aquilo que eu acho.” E11</p> <p>“é o empenho e a nossa motivação que vamos melhorar a prestação dos cuidados de reabilitação” E2</p>
	Avaliação para a melhoria do desempenho	<p>“A avaliação dos profissionais também é importante... acho que é importante mesmo para o próprio profissional perceber se as coisas estão a funcionar ou não” E5</p> <p>“a melhoria depende muito de cada um em particular, no seu local, nas funções que lhe é atribuídas desempenha-las ou não” E9</p> <p>“cresce quem está a criticar construtivamente e cresce a outra pessoa e eu ria-me de algumas coisas que eu escrevia”</p> <p>“eu tive um feedback... e era assim que se ia corrigindo muitas coisas.” E1</p> <p>“A avaliação de desempenho dos enfermeiros de reabilitação seria uma mais-valia e acho que a curto/médio prazo potenciar melhores cuidados de reabilitação” E1</p> <p>“ou pelo menos obrigaria a pensar em reformular cuidados” E10</p> <p>“é uma maneira de nós sabermos qual é nosso desempenho, é um feedback do nosso trabalho” E2</p>
	Supervisão do desempenho	<p>“A supervisão... o meu chefe acaba por ver o que eu ando a fazer e o que é que não ando” E4</p> <p>“Eu como enfermeira de reabilitação não tenho supervisão de ninguém” E11</p> <p>“a supervisão entre pares era uma mais-valia, e estou a falar de alguém a fazer supervisão ao trabalho que eu faço” E1</p> <p>“Em termos de supervisão, esta faz-se no dia a dia... a supervisão dos cuidados dos colegas e a orientação dos cuidados” E10</p>

QUADRO 40: Achados das entrevistas referentes à avaliação de desempenho

Os indicadores de resultado, medem o nível de sucesso alcançado junto do Utente, ou seja, se foi conseguido o que se pretendia com as actividades realizadas durante o processo de atendimento. Neste capítulo foi analisado a forma como os enfermeiros de reabilitação avaliam os resultados, emergindo a este nível temas como os instrumentos de avaliação, indicadores sensíveis ao doente e os resultados da avaliação de desempenho dos recursos humanos. No âmbito dos resultados, Paneque (2004) salienta que, uma vez que os recursos na saúde são limitados, é fundamental a eficiência como condição importante para obter os melhores resultados e garantir a melhoria dos serviços, neste sentido para medir a eficiência dos cuidados de saúde é necessário dispor de informação acerca dos recursos utilizados e dos resultados alcançados.

7. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE: DOS DISCURSOS À CONCRETIZAÇÃO DA QUALIDADE

Embora ao longo de todo o percurso dos capítulos anteriores tenhamos introduzido levemente algumas interpretações dos resultados obtidos, reservamos para este, a síntese e a discussão, tentando evidenciar os seus significados. Assim, neste capítulo, temos a intenção de apresentar uma reflexão pormenorizada sobre os resultados obtidos, evidenciando os achados que foram dando respostas às nossas questões orientadoras.

Sobre os factores que convergem para a qualidade do desempenho dos enfermeiros de reabilitação, sobressaem a nível da **estrutura** os cinco temas abordados, instalações, equipamentos, recursos humanos, equipa de assistência e recursos organizacionais. Conforme nos refere Hesbeen (2001, p. 62), “Em todas as estruturas quer elas sejam hospitalares ou extra-hospitalares, abundam factores que contribuem para a qualidade dos cuidados. A organização destas estruturas não é fácil, visto abranger áreas muito práticas ou instrumentais, e em simultâneo, aspectos muito mais subjectivos tais como o clima reinante e a coerência do todo.”

A importância das instalações foi salientada, conforme nos refere este entrevistado “As instalações são de facto um aspecto que tanto nos ajudam como dificultam o nosso trabalho” E4. Por outro lado, a necessidade de um espaço físico adequado e o ambiente de trabalho são referidos como aspectos essenciais das instalações, condicionando a qualidade da prestação de cuidados de reabilitação, visíveis no seguinte achado: “por vezes quero levantar um doente e não tenho sequer onde pôr um cadeirão, tenho que andar a tirar camas das salas para colocar um cadeirão... portanto, isso tudo condiciona um bocadinho a reabilitação.” E4

A necessidade de actualização de equipamentos, dado que alguns se encontrarem obsoletos, a enumeração dos equipamentos imprescindíveis e o recurso ao improvisado para colmatar as lacunas existentes no âmbito dos equipamentos são aspectos referidos nas

narrativas dos participantes: “As ajudas técnicas (...) dá-nos sempre muitas dores de cabeça” E1

As narrativas dos participantes evidenciam a importância dos recursos humanos, conforme referido na citação seguinte: “Em contrapartida às instalações, eu acho que os recursos humanos são fundamentais..., não se fazem omeletas sem ovos” E11. Nesta categoria é evidenciado a pertinência da dotação adequada os enfermeiros de reabilitação.

A diversidade da equipa é, a este nível, entendida como inúmeros actores, descritos como intervenientes nos cuidados, nomeadamente: enfermeiros, médicos, técnicos de saúde e assistentes operacionais.

Os recursos organizacionais são abordados pelos participantes em aspectos como, os tipos de formação, os processos de formação, a investigação e os protocolos de actuação.

Das narrativas dos participantes sobressaem a este nível a ausência de uma cultura formal de formação, conforme referido no seguinte achado: “não existe um plano de formação dentro do serviço” E11. A investigação é referida como um instrumento imprescindível para o suporte da profissão embora inexistente: “Investigação não se tem feito nada” E6. No âmbito dos protocolos de actuação é visível no discurso dos participantes o reconhecimento da aplicabilidade destes instrumentos, no entanto, são utilizados ainda de forma muito pouco suportada: “existem os protocolos, uns escritos, outros já mentalmente adquiridos” E9

Sobre que processos de trabalho desenvolvem os enfermeiros para garantir a qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação, sobressaem das narrativas os atributos associados ao **processo** apresentando-se divididos ao longo de quatro temas, investigação e diagnóstico, planeamento, actividades de enfermagem e avaliação do processo.

O processo compreende todos os métodos e procedimentos utilizados para o processamento de um determinado serviço, abordando todas as actividades que constituem os cuidados de saúde, nomeadamente: O diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a educação do cliente. Embora de modo pouco estruturado, e com base empírica sobressaem como temas algumas fases do processo de enfermagem: “inicialmente avalia-se o doente identifica-se as necessidades de reabilitação, faz-se a intervenção e faz-se avaliação no decorrer do próprio dia e depois fazemos o registo nessa folha, ainda é experimental” E9

No entanto, ainda evidencia-se algumas lacunas da documentação de um pensamento estruturado e reflectido, “Os planeamentos que fazemos não são algo formal” E1.

No âmbito das actividades implementadas sobressaem a promoção da autonomia, os autocuidados, a rede de suporte, a cinesioterapia respiratória, os processos de gestão e prevenção de riscos, a continuidade do processo de reabilitação e a interacção com a família. Neste nível, Hesbeen (2003) refere que o espírito de reabilitação, além de omnipresente, deve ser cultivado por todos os membros da equipa. Onde os elementos próximos do doente incluem-se no grupo de actores não profissionais da equipa e são eles próprios abrangidos pelo processo de reabilitação.

Por último, a avaliação do processo emerge evidenciando como avaliar os resultados para o doente e os resultados do ensino à família.

Sobre que aspectos são necessários reunir para garantir resultados nos cuidados de enfermagem de reabilitação, ao longo das narrativas dos participantes, o atributo menos explanado foi sem dúvida o resultado, de onde se evidencia a ausência da medição dos resultados, “nós vamos avaliando mais ao menos o que é que achamos, o que é que não achamos... mas é um bocado subjectivo” E6. No entanto, “A medição dos resultados é apenas o primeiro passo de uma série de actividades. Para fazer correcções, tem que se andar para trás, até ao processo que conduziu aos resultados não desejados, daí podendo ter que ir até aos aspectos de estrutura que tenham sido responsáveis ou contribuído para os mesmos” (Silva et. al., 2004, p. 61). Apesar de considerarem relevante a produção de indicadores que evidenciem a efectividade dos cuidados de enfermagem de reabilitação, os mesmos não são aplicados. Sendo o atributo resultado, dividido em três temas: os instrumentos de avaliação, indicadores sensíveis ao doente e os resultados da avaliação do desempenho dos recursos humanos.

Para medir a qualidade dos cuidados, deve-se seleccionar os instrumentos mais adequados, tendo sido realçados a utilização de escalas e as auditorias. Conforme referido nas competências do enfermeiro especialista de reabilitação é referido a necessidade de avaliar os resultados das intervenções implementadas “monitorizando a implementação e os resultados dos programas e usando indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação para avaliar ganhos em saúde, a nível pessoal, familiar e social (Regulamento nº 125/2011).

Na avaliação dos resultados, é importante estabelecer, que estratégias se devem adoptar para avaliar os resultados, através de ferramentas que possam quantificar e

comparar os resultados de modo contínuo. A imprescindibilidade da produção de indicadores e a sua utilização é reforçada no discurso dos entrevistados. Para além da obtenção dos ganhos em saúde, aumentando o nível de saúde nas diferentes fases do ciclo de vida e reduzindo o peso da doença, objectivo estratégico consagrado no Plano Nacional de Saúde 2004-2010 (Direcção Geral da saúde, 2004) e referido pelos entrevistados, outros indicadores foram descritos, nomeadamente, as mudanças do estado de saúde, os conhecimentos adquiridos, a satisfação com o atendimento e a satisfação com os resultados. Grande parte dos entrevistados salientou a importância da avaliação da satisfação do utente. Por último a avaliação dos recursos humanos que Segundo Mezomo (2001, p. 62) “O grande resultado de uma adequada gestão dos recursos humanos é a melhoria da própria qualidade pessoal, que por sua vez, é condição para o sucesso da organização.” A este nível, a avaliação de desempenho assume relevância visível no discurso dos entrevistados.

Os resultados que emergem das narrativas dos participantes traduzem-se por um conjunto de atributos, a que poderíamos denominar, tal como Donabedian (2003), de componentes da qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação em serviços de medicina. Estes atributos aparecem agregados tal como na literatura consultada, conjugando uma tríade de elementos sendo eles a Estrutura, o Processo e o Resultado.

A estrutura poderia ser o principal determinante da qualidade dos cuidados, mas conforme refere Cardoso (2002, p. 33) a “existência de boas condições estruturais, só por si, não garante um nível elevado de qualidade de cuidados ou serviços, muito embora se possa considerar como condição necessária”. Logo, as variações nas características da estrutura do sistema, a menos que sejam grandes, podem não ser significativas sobre a qualidade. Indo ao encontro do que nos refere este entrevistado: “As instalações são importantes mas não são o fundamental” E11.

Em contraposto à estrutura, as características detalhadas do processo de cuidados de saúde podem fornecer informações válidas sobre a qualidade. De certa forma, a afirmação “Qualidade dos cuidados” poderia ser tomada no sentido “Qualidade dos processos de cuidados” (Donabedian, 2003).

As características detalhadas do processo de cuidados de enfermagem de reabilitação podem fornecer informações preciosas sobre a qualidade, no mesmo sentido de Donabedian (2003), quando afirma que a “Qualidade dos cuidados” pode ser vista no sentido da “Qualidade dos processos de cuidados”. Mas esses atributos derivam também

de uma relação previamente estabelecida, entre o processo e o resultado. Ou seja, dizemos que tais características do processo significam qualidade, porque sabemos que elas contribuem para os resultados desejáveis. Os processos de cuidados relacionam-se mais directamente com os resultados, do que propriamente as características da estrutura (Donabedian, 2003). Alguns autores expressam a existência de contradições entre indicadores de processo e de resultados, uma vez que para alguns, os indicadores de processo perde sentido se a sua qualidade não se reflectir no resultado, enquanto outros argumentam que os resultados dependem de factores individuais dos pacientes e nada têm a ver com a qualidade do processo (Paneque, 2004).

Por último, o resultado que apesar de ser descrito como o último das componentes da avaliação da qualidade consiste no primeiro passo de uma série de actividades, ao longo do qual é possível fazer correcções, até ao processo que conduziu aos resultados não desejados (Silva et. al., 2004). Apesar da controvérsia associada à avaliação dos resultados, dado que, o que mais importa é o efeito do tratamento sobre a saúde do cliente, deve ser lembrado que os resultados podem não ser só definidos e atribuíveis aos cuidados, podem intervir outras variáveis, daí a necessidade de incluir todos os “inputs” para o resultado final (Donabedian, 2003).

Todos estes itens abordados anteriormente vêm dar resposta à nossa inquietação inicial, **“Que aspectos são necessários integrar para avaliar a qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação em unidades de internamento de medicina”**, convém referir, que esta tríade de elementos não é formada por partes autónomas e dissociadas entre si, mas sim, elementos intimamente ligados e inter-relacionados, que mantêm uma certa linha de causalidade e efeito (Mezomo, 2001). Isto porque, as metodologias de qualidade “que hoje usamos são como um sistema hidrográfico: o rio que dele resulta tem nascentes e afluentes que o ajudaram a crescer ao longo do percurso que o condiciona e em que se espraia” (Silva et. al., 2004, p. 13).

A figura 15 em forma de diagrama ilustra os achados deste estudo, reforçando a complexidade da avaliação da qualidade, que tal como nos refere Donabedian (2003), As relações entre processo e resultado, e entre estrutura e de processo e resultado, não são totalmente compreendidas. Existe uma relação nesta cadeia de eventos em que cada evento é um fim ao que vem antes dela e uma condição necessária para o que se segue. Isto indica que a relação meios-fim entre cada par adjacente requer validação em qualquer cadeia de hipotéticos ou reais eventos. Por outro lado, incorporando a concepção de

Deming que nos fala numa sucessão de ciclos, em que a qualidade é repensada e melhorada continuamente no âmbito de um processo pragmático de aprendizagem (António et. al., 2007). Indo ao encontro das competências comuns do enfermeiro especialista, no âmbito da melhoria contínua da qualidade (Regulamento nº122/2011).



FIGURA 14: Avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação em unidades de internamento de medicina

A enfermagem de reabilitação deve avaliar a qualidade dos cuidados de enfermagem nas vertentes de Estrutura, Processo e Resultado (Regulamento nº 122/2011). Ou seja, implementando programas de melhoria continua, planeados em função da estrutura para a prestação de cuidados de reabilitação, executados no sentido da melhoria do processo de

reabilitação, avaliados, olhando para os resultados, e actuar, reformulando os dados anteriores. Após terminar o ciclo reinicia-se um novo ciclo e assim sucessivamente, implicando questionar continuamente todas as acções, guiando a enfermagem de reabilitação pelo caminho da melhoria contínua.

Cientes da pertinência da construção deste caminho, e decorrente dos achados deste percurso ousamos construir um instrumento de Avaliação da Qualidade da Enfermagem de Reabilitação em Unidades de Internamento (IAQERUI) (Anexo 4). Este instrumento tem uma concepção quantitativa, exigindo para a sua validação um elevado número de indivíduos. Dado que, existe uma grande diversidade de aspectos a incorporar no instrumento a sua concepção não seria possível sem uma prévia análise qualitativa da problemática em estudo.

O IAQERUI é constituído por 133 questões, distribuídas da seguinte forma: 56 para a Estrutura; 57 para o Processo; e 20 para o resultado. Este instrumento tem subjacente o modelo de Donabedian (2003) e os achados das narrativas dos entrevistados desdobrados em categorias e sub-categorias.

A escala utilizada para avaliar as respostas é uma escala do tipo Likert, com cinco níveis de resposta consoante o nível de concordância com a afirmação, nomeadamente: Totalmente em desacordo; Em desacordo; Indeciso; De acordo; e Totalmente de acordo.

Tendo em conta que não é possível testar o IAQERUI em tempo útil, deixamos em aberto a possibilidade de em investigações futuras o aprimorar e testar, assim como, lançamos o desafio a outros investigadores para darem continuidade á validação deste instrumento.

Ao longo de todas as entrevistas foi visível a necessidade de formação e envolvimento dos profissionais numa política de melhoria contínua da qualidade. “De acordo com Carl Rider..., o essencial é impregnar a forma como todos os membros da organização pensam, sentem e agem a partir da necessidade de melhorar a qualidade” (Silva et. al., 2004, p. 10).

Tal como nos refere Rider in Prefácio de Silva et. al. (2004, p. 8) “A única maneira de saber se uma mudança vai dar origem a uma melhoria é começar por definir de forma sólida o problema, antes de dar início à melhoria. Creiam-me: quando se começa por um problema definido por dados, poupa-se tempo e frustrações do futuro”. Partilhando a ideia deste autor pensamos ter encontrado junto dos participantes informações precisas para a prossecução de um caminho para a Qualidade.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conceito da qualidade já percorreu um longo caminho até chegar aos nossos dias. A qualidade em saúde é uma responsabilidade crescente, deixou de ser uma opção, passando a ser uma obrigação. Estes aspectos reflectem a centralidade da nossa investigação, nomeadamente encontrar um percurso da sua aplicabilidade à enfermagem de reabilitação.

A qualidade está fortemente associada ao investimento pessoal de cada profissional. Este investimento exige, contudo que cada profissional compreenda realmente a importância do seu contributo para a criação de uma obra de qualidade. A qualidade não pode ser imposta, nem decidida sem conhecimento das pessoas, ela cultiva-se (Hesbeen, 2003). A qualidade exige reflexão sobre a prática, sendo indiscutível a pertinência desta abordagem para a melhoria dos cuidados e é importante por ser condição prévia necessária para se trabalhar em função da mudança, ao qual a enfermagem de reabilitação não pode ser alheia.

Chegando a esta fase final do estudo, realçamos o facto de este ser um produto inacabado e não constituir apenas a conclusão de um trabalho académico, mas sim o começo de um novo caminho a percorrer. Nesta fase é chegado o momento de fazer uma reflexão final sobre o estudo realizado, lembrando todas as etapas percorridas, face aos resultados obtidos.

Este percurso teve por base as descrições dos indivíduos que integraram o estudo, ou seja, doze indivíduos que contribuíram para a exploração da problemática em análise.

Os resultados que emergem das narrativas dos participantes traduzem-se por um conjunto de atributos, denominados de componentes da qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação conjugando uma tríade de elementos, inicialmente proposta por Donabedian (2003), a Estrutura, o Processo e o Resultado.

Apesar de alguns autores referirem que as variações das características da estrutura não apresentam significado para a qualidade, há no entanto, um conjunto de atributos da qualidade que lhes estão associados e que foram os mais visíveis nas narrativas dos entrevistados. Pelo que, identificamos os aspectos que seriam necessários integrar para avaliar a qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação, em três grandes vertentes sendo elas a estrutura, o processo e os resultados, num ciclo de melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Foram analisadas as condicionantes do desenvolvimento dos cuidados de enfermagem de reabilitação a estes vários níveis, sendo eles, as instalações, equipamentos, recursos humanos, equipa de assistência, recursos organizacionais, investigação e diagnóstico, planeamento, actividades de enfermagem, avaliação do processo Instrumentos de avaliação, indicadores sensíveis ao doente e resultados da avaliação do desempenho dos recursos humanos.

Nos processos de trabalho desenvolvidos pelos enfermeiros de reabilitação para garantir a qualidade da assistência em unidades de internamento de Medicina, realça-se a ausência de processos estruturados e sistemáticos de avaliação da qualidade, apesar de expressas por alguns entrevistados, ainda pouco explícitos.

Ao longo deste percurso, foi sentido no decurso das entrevistas, a necessidade de uma cultura de qualidade, o que reforça a necessidade de formação e envolvimento dos profissionais numa política de melhoria contínua da qualidade. Conforme refere Donabedian (2003), para avaliar a qualidade, temos primeiro de desvendar um mistério: o próprio significado da qualidade, resta saber se pode ser feito pacientemente pela separação de cada um dos seus fios ou se temos em desespero, de usar uma lâmina para cortar o nó górdio.

A presente pesquisa procurou obter mais-valias para o desenvolvimento de uma política de qualidade e com isso contribuir para a melhoria de cuidados. A pesquisa de campo permitiu-nos aproximarmo-nos das pessoas estudadas de modo a entender a problemática em estudo no seu contexto natural, concebendo um primeiro caminho para a criação de um instrumento de avaliação do trabalho realizado pelos enfermeiros de reabilitação em unidades de internamento de Medicina que garanta a qualidade de assistência na área da Enfermagem de Reabilitação, apresentado em anexo (Anexo 4), o qual intitulamos de Instrumento de Avaliação da Qualidade da Enfermagem de Reabilitação em Unidades de Internamento (IAQERUI).

A investigação que findou foi uma tentativa esforçada de, através de um processo sistemático, analítico e reflexivo, procurar compreender melhor quais as componentes a integrar para avaliar a qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação, sendo notória a imprescindibilidade da melhoria organizada da estrutura, dos processos e dos resultados.

Não queremos finalizar sem manifestarmos a nossa satisfação pela realização pessoal e profissional que conseguimos com este estudo, agradecendo, mais uma vez, a todos os que tornaram possível a realização deste trabalho.

O presente trabalho forneceu informações importantes e precisas para a prossecução de um caminho para a Qualidade, isto porque a “A única maneira de saber se uma mudança vai dar origem a uma melhoria é começar por definir de forma sólida o problema” (Mayo, citado in Prefácio de Silva et. al., 2004, p. 8).

Sugerimos que sejam desenvolvidos novos estudos com outros elementos integrando paralelamente enfermeiros de reabilitação da prestação de cuidados e enfermeiros com cargos de gestão e formação no âmbito da qualidade. Também consideramos pertinente a realização futura, de estudos de campo noutros estabelecimentos de saúde.

Encetar uma investigação é sempre algo de complexo, especialmente para quem dá os primeiros passos nesta área. Confessamos dificuldades e constrangimentos, mas permitiu-nos ganhos consideráveis no sentido pessoal e profissional que acreditamos, num futuro próximo, poderão ser utilizados para a melhoria dos cuidados.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALFARO-LEFEVRE, Rosalinda – **Aplicação do processo de enfermagem: promoção do cuidado colaborativo**. 5ª ed. São Paulo: Artmed Editora, 2002. ISBN 0-7817-3140-2

ANTÓNIO, Nelson Santos – **Qualidade: teoria e prática**. Lisboa: Edições Silabo, 1991. ISBN 972-618-048-1

ANTÓNIO, Nelson Santos; TEIXEIRA, António – **Gestão da Qualidade: de Deming ao modelo de excelência da EFQM**. 1ª ed. Lisboa: Edições Silabo, 2007. ISBN 978-972-618-447-8

APCER - ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE CERTIFICAÇÃO – **Guia Interpretativo ISO 9001:2000**. Leça da Palmeira: APCER, 2003.

ASUBONTENG, Patrick; MCCLEARY, Karl J.; MUNCHUS George - The evolution of quality in the US health care industry: an old wine in a new bottle. **International Journal of Health Care Quality Assurance**. 9:3 (1996) 11-19. [Consult. em 13-12-2010]. Disponível em <https://webvpn.uminho.pt/http/0/www.emeraldinsight.com/Insight/ViewContentServlet?contentType=Article&Filename=Published/EmeraldFullTextArticle/Articles/0620090302.html>

BARDIN, Laurence – **Análise de conteúdo**. 3ª ed. Lisboa: Edições 70, 2004. ISBN 972-44-1214-8

BERGER, L.; MAILLOUX-POIRIER, D. – **Pessoas idosas: uma abordagem global**. Ed. rev. Lisboa: Lusodidacta, 1995. ISBN 972-95399-8-7

BRANCO, Rui Fazenda – **O movimento da qualidade em Portugal**. Porto: Grupo Editorial Vida Económica, 2008. ISBN 978-972-788-261-8

CABETE, Dulce Gaspar – Cuidados continuados e continuidade dos cuidados. In O Idoso: problemas e realidades. 1ª ed. Coimbra: Formasau, 1999. ISBN 972-8485-07-7. P. 93-113

CAMPOS, Luís; CARNEIRO, António Vaz - **Plano Nacional de Saúde 2011-2016: a qualidade no PNS 2011-2016**. 2010. [Consult. em 13-12-2010]. Disponível em <http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2010/06/Q1.pdf>

CAPRICHO, Lina; LOPES, Albino – **Gestão da qualidade**. 1ª ed. Lisboa: Editora RH, 2007. ISBN 978-972-8871-13-0

CARAPINHEIRO, Graça – **Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares**. Porto: Edições Afrontamento, 1993. ISBN 972-36-0306-3

CARDOSO, Fernando Martins – Avaliação da qualidade dos serviços de urgência: satisfação dos utentes. Porto: Instituto de ciências Biomédicas Abel Salazar, 2002. Tese de Mestrado

CATANZARO, Marci – Investigação em enfermagem de reabilitação. In HOEMAN, Shirley P. – **Enfermagem de reabilitação: aplicação e processo**. 2ª ed. Loures: Lusociência, 2000. ISBN 972-8383-13-4

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIRAS – **Classificação internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE/ICNP)**. Versão Beta. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros, 2002. ISBN 972-98149-1-0

COSTA, Maria A. Mendes – **Cuidar idosos: formação, práticas e competências dos enfermeiros**. 2ª ed. rev. Coimbra: Formasau, 2006. ISBN 972-8485-74-3

Decreto-Lei nº 101/2006. D.R. I Série. 109 (2006-06-06) 3856-3865

Decreto-Lei nº 104/98. D.R. I Série. 93 (1998-04-21) 1739-1757

Decreto-Lei nº 161/96. D.R. I Série. 205 (1996-09-04) 2959-2962

DIAS, José Manuel – **Formadores: que desempenho**. Loures: Lusociência, 2004. ISBN 972-8383-75-4

DICK, Raymond W. – Inquest on Quest. **International Journal of health Care Quality Assurance**. 9:4 (1996) 10-15. [Consult. em 05-04-2010]. Disponível em <https://webvpn.uminho.pt/http/0/www.emeraldinsight.com/Insight/ViewContentServlet?contentType=Article&Filename=Published/EmeraldFullTextArticle/Articles/0620090402.html>

DONABEDIAN, Avedis – **An introduction to quality assurance in health care**. New York: Oxford University Press, 2003. ISBN 0-19-515809-1

EGGLI, Yves; HALFON, Patricia – A conceptual framework for hospital quality management. **International Journal of Health Care Quality Assurance**, 16:1 (2003) 29-36. [Consult. em 05-04-2010]. Disponível em <https://webvpn.uminho.pt/http/0/www.emeraldinsight.com/journals.htm?issn=0952-6862&volume=16&issue=1&articleid=841158&show=html>

FARHANGMEHER, Minoo; SIMÕES, Cláudia Maria Neves – **O marketing de serviços**. Braga: Universidade do Minho, 1997. Série Documentos de Trabalho, DT. Nº 14/97 – GAP.

FARO, Ana Cristina Mancussi e – Enfermagem em Reabilitação ampliando os horizontes, legitimando o saber. **Rev Esc Enferm USP**. 40:1 (2006) 128-133. [Consult. em 13-12-2010]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n1/a18v40n1.pdf>

FIGUEIREDO, Nélia Maria Almeida de; MACHADO, Wiliam César Alves; TONINI, Teresa – **Cuidando de clientes com necessidades especiais, motora e social**. 1ª ed. Brasil: Editora Yendis, 2004. ISBN 85-88489-33-3

FORTIN, Marie-Fabienne – **O processo de investigação: da concepção á realização**. Lisboa: Lusociência, 1999. ISBN 972-8383-10-X

FORTIN, Marie-Fabienne; CÔTE, José; FILION, Francoise – **Fundamentos e etapas do processo de investigação**. Lisboa: Lusodidacta, 2009. ISBN 978-989-8075-18-5

FREDERICO, Manuela; LEITÃO, Maria dos Anjos – **Princípios de administração para enfermeiros**. 1ª ed. Coimbra: Formasau, 1999. ISBN 972-8485-09-3

GHIGLIONE, Rodolphe; MATALON, Benjamin – **O inquérito: teoria e prática**. 4ª ed. Oeiras: Celta Editora, 2001. ISBN 972-774-120-7

GOMES, Bárbara Pereira - Contributos da formação para o desenvolvimento de competências na área de enfermagem de reabilitação. **Texto Contexto Enferm.** 15:2 (2006) 193-204. [Consult. em 13-12-2010]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n2/a01v15n2.pdf>

GOMES, José Augusto Pereira - Percurso para a avaliação da qualidade no Bloco Operatório. Braga: Universidade do Minho, 2011. Tese de Mestrado

HAYES, Sally – Reviewing and improving a clinical effectiveness department's quality assurance model. **International Journal of Health Care Quality Assurance.** 20:3 (2007) 264-272. [Consult. em 05-04-2010]. Disponível em <https://webvpn.uminho.pt/http/0/www.emeraldinsight.com/Insight/ViewContentServlet?contentType=Article&Filename=Published/EmeraldFullTextArticle/Articles/0620200308.html>

HESBEEN, Walter – **A Reabilitação: criar novos caminhos**. Loures: Lusociência, 2003. ISBN 972-8383-43-6

HESBEEN, Walter – **Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar**. Loures: Lusociência, 2000. ISBN 972-8383-11-8

HESBEEN, Walter – **Qualidade em enfermagem: pensamento e acção na perspectiva do cuidar**. Loures: Lusociência, 2001. ISBN 972-8383-20-7

HOEMAN, Shirley P. – **Enfermagem de reabilitação: aplicação e processo**. 2ª ed. Loures: Lusociência, 2000. ISBN 972-8383-13-4

HURST, Keith – Quality assurance frameworks. **International Journal of Health Care Quality Assurance.** 18:6 (2005). [Consult. em 05-04-2010]. Disponível em <https://webvpn.uminho.pt/http/0/www.emeraldinsight.com/Insight/ViewContentServlet?contentType=NonArticle&Filename=Published/NonArticle/Articles/06218faa.001.html>

JÚNIOR, Garibaldi Dantas Gurgel; VIEIRA, Marcelo Milano Falcão – Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais. **Revista Ciência & Saúde Colectiva.** 7:2 (2002). [Consult. em 13-12-2010]. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232002000200012

KEMP, Nan; RICHARDSON, Eileen - A garantia da qualidade no exercício de enfermagem. Lisboa: Butterworth Heinemann, 1995.

KOMASHIE, Alexander; MOUSAVI, Ali; GORE – Justin Quality management in healthcare and industry: a comparative review and emerging themes. **Journal of Management History.** 13:4 (2007) 359-370. [Consult. em 05-04-2010]. Disponível em <https://webvpn.uminho.pt/http/0/www.emeraldinsight.com/Insight/ViewContentServlet?contentType=Article&Filename=Published/EmeraldFullTextArticle/Articles/1580130404.html>

LEAL, Maria Teresa – **A CIPE® e a visibilidade da enfermagem: mitos e realidades**. Loures: Lusociência, 2006. ISBN 972-8930-20-8

LEÃO, Eliseth Ribeiro [et. al.] – **Qualidade em saúde: e indicadores como ferramenta de gestão**. São Paulo: Yendis Editora, 2008. ISBN 978-85-7728-082-7.

LEITE, Valéria Barreto Esteves; FARO, Ana Cristina Mancussi e – Cuidar do enfermeiro especialista em reabilitação físico-motora. **Rev Esc Enferm USP.** 39:1 (2005) 92-96. [Consult. em 13-12-2010]. Disponível em <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/50.pdf>

LIMA, José António; BETTARELLO, Luiz Eduardo Loureiro – Apresentação. In LEÃO, Eliseth Ribeiro [et. al.] – Qualidade em saúde: e indicadores como ferramenta de gestão. São Paulo: Yendis Editora, 2008. ISBN 978-85-7728-082-7. P. xxvii

LOVELOCK, Christopher; WIRTZ, Jochen – **Marketing de serviços: pessoas, tecnologia e resultados**. 5ª ed. S. Paulo: Prentice Hall, 2006

MAIA, Christiane Santiago [et. al.] - Percepções sobre qualidade de serviços que atendem à saúde da mulher. **Ciência & Saúde Coletiva**. 16:5 (2011) 2567-2574. [Consult. em 08-08-2011]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n5/a27v16n5.pdf>

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria - **Técnicas de pesquisa**. 4ª ed. São Paulo: Editora Atlas, 1999

MARTINS, Maria Manuela – **Uma crise accidental na família: o doente com AVC**. Coimbra: Formasau, 2002. ISBN 972-8485-30-1.

MEZOMO, João Catarin – **Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos**. 1ª ed. São Paulo: Editora Manole, 2001. ISBN 85-204-1263-7

MOTA, Nancy Val y Val Peres da; MELHEIRO, Marta M.; TRONCHIN, Daisy M. Rizatto – A construção de indicadores de qualidade de enfermagem: relato da experiencia do programa de qualidade hospitalar. **RAS**. 9:34 (2007) 9-15. [Consult. em 13-12-2010]. Disponível em http://www.cqh.org.br/files/RAS34_a%20constru%C3%A7%C3%A3o.pdf

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Dados estatísticos 2000-2010**. 2011. [Consult. em 08-08-2011]. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/membros/Documents/OE%20Dados%20Estatísticos%20-%202000-2010.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **O que é a Ordem**. 2010. [Consult. em 08-08-2011]. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/ordem/Paginas/oqueeaordem.aspx>

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Conselho de Enfermagem – **Divulgar: padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem**. Ordem dos Enfermeiros, 2002

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Conselho Directivo - Investigação em enfermagem: tomada de posição. 2006. [Consult. em 13-12-2010]. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf

OREM, Dorothea E. – **Modelo de Orem: conceptos de enfermería en la práctica**. Barcelona: Ediciones Científicas Y Técnicas, 1993. ISBN 84-458-0092-2

PANEQUE, Rosa E. Jiménez – Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios: una mirada actual. **Rev Cubana Salud Publica**. 30:1 (2004) 17-36. [Consult. em 05-04-2010]. Disponível em <http://www.santacruz.gov.ar/planes/concursos/JIMENEZ%20PANEQUE%20%20Indicadores%20de%20calidad.pdf>

PINTO, Abel; SOARES, Iolanda – **Sistemas de gestão da qualidade: guia para a sua implementação**. Lisboa: Edições Silabo, 2009. ISBN 978-972-618-532-1

PINTO, Carlos A. Marques, [et. al.] – **Fundamentos de Gestão**. 1ª ed. Lisboa: Editorial Presença, 2006.

PIRES, António Ramos – **Qualidade: sistemas de gestão da qualidade**. 3ª ed. Lisboa: Edições Silabo, 2007. ISBN 978-972-618-333-4

POLIT, Denise F.; HUNGLER, Bernadette P. – **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Alto Comissariado da Saúde – **Plano estratégico de saúde 2011-2016: visão, modelo conceptual e estratégia de elaboração**. 2010 [Consult. em 13-12-2010]. Disponível em <http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2010/07/Documento-Estrategico-PNS-2011-20161.pdf>

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde – **O hospital Português**. Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 1998. ISBN 972-9425-60-4

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção Geral da saúde – **Plano nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos**. Lisboa: Direcção Geral da saúde, 2004. (Orientações estratégicas; vol. II). ISBN 972-675-110-1

QUIVY, Raymond; CAMPENHOUDT, Luc Van – **Manual de investigação em ciências sociais**. 2ª ed. Lisboa: Gradiva, 1998

REGULAMENTO nº 122/2011. D.R. II Série. 35 (2011-02-18) 8648-8653

REGULAMENTO nº 125/2011. D.R. II Série. 35 (2011-02-18) 8658-8659

REVERE, Lee; BLACK, Ken; HUQ, Ahsan – Integrating Six Sigma and CQI for improving patient care. **The TQM Magazine**. 16:2 (2004) 105-113. [Consult. em 05-04-2010]. Disponível em <https://webvpn.uminho.pt/http/0/www.emeraldinsight.com/Insight/ViewContentServlet?ontentType=Article&Filename=Published/EmeraldFullTextArticle/Articles/1060160203.htm>

REY, Fernando Luís Gonzalez – **Pesquisa qualitativa em psicologia: caminhos e desafios**. São Paulo: Pioneira Thomson, 2002. ISBN: 85-221-0267-8

RIDER, Carl - Prefácio. In SILVA, Andreia; VARANDA, Jorge; NÓBREGA, Sónia Dória – Alquimia da qualidade na gestão dos hospitais. 1ª ed. Cascais: Principia, 2004. ISBN 972-8818-19-X

ROCHA, J. A. Oliveira – **Gestão da qualidade: aplicação aos serviços públicos**. 2ª ed. Lisboa: Escolar Editora, 2011. ISBN 978-972-592-240-8

ROSEIRA, Maria de Belém. In SALE, Dianne – Garantia da qualidade nos cuidados de saúde: para os profissionais da equipa de saúde. 1ª ed. Lisboa: Principia, 2000. ISBN 972-97457-6-5. Contracapa

SAGEHOMME, D. – **Por um trabalho melhor: guia de análise das condições de trabalho no meio hospitalar**. 1ª ed. Coimbra: Formasau, 1997. ISBN 972-96680-6-0

SALE, Dianne – **Garantia da qualidade nos cuidados de saúde: para os profissionais da equipa de saúde**. 1ª ed. Lisboa: Principia, 2000. ISBN 972-97457-6-5

SERAPIONI, Mauro – Avaliação da qualidade em saúde: a contribuição da sociologia da saúde para a superação da polarização entre visão dos usuários e a perspectiva dos profissionais de saúde. **Saúde em debate**. 23:59 (1999) 81-92. [Consult. em 05-04-2010]. Disponível em http://www.cebes.org.br/media/File/publicacoes/Rev%20Saude%20Debate/Saude%20em%20Debate_n53.pdf

SERRA, Miguel Nunes – **Aprender a ser Doente: processos de aprendizagem de doentes em internamento hospitalar**. Loures: Lusociência, 2005. ISBN 972-8383-93-2

SILVA, A. L. da – O processo de cuidar em enfermagem. In WALDOW, Vera Regina; LOPES, Marta Júlia Marques; MEYER, Dagmar Estermann – Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional. Porto Alegre: Artes Medicas, 1995. ISBN 85-7307-060-9. Cap. 2.

SILVA, Andreia; VARANDA, Jorge; NÓBREGA, Sónia Dória – **Alquimia da qualidade na gestão dos hospitais**. 1ª ed. Cascais: Principia, 2004. ISBN 972-8818-19-X

SILVA, António Ramos – **Qualidade: Sistemas de Gestão da Qualidade**. 3ª ed. Lisboa: Edições Silabo, 2007. ISBN 978-972-618-333-4

STREUBERT, Helen J.; CARPENTER, Dona R. – **Investigação qualitativa em enfermagem: avançando o imperativo humanista**. 2ª ed. Loures: Lusociência, 2002. ISBN 972-8383-29-0

VIEIRA, José Manuel Carvalho – **Inovação e marketing de serviços**. Lisboa: Editorial Verbo, 2000.

VIEIRA, Margarida – **Ser enfermeiro: da compaixão à proficiência**. Lisboa: Universidade Católica Editora, 2007. 160 p. ISBN 972-54-0146-8

VILELAS, José – **Investigação: o processo de construção do conhecimento**. 1ª ed. Lisboa: Edições Silabo, 2009. ISBN 978-972-618-557-4

WIKIPÉDIA - Enfermagem. (2010). [Consult. em 13-12-2010]. Disponível em <http://pt.wikipedia.org/wiki/Enfermagem>

WORLD HEALTH ORGANIZATION – **Orientações da OMS para a Cirurgia Segura 2009: cirurgia segura salva vidas**. Direcção-Geral da Saúde, 2010. [Consult. em 13-12-2010]. Disponível em <http://www.dgs.pt/WHO>

ZANON, Uriel – **Qualidade da assistência médico-hospitalar: conceito, avaliação e discussão dos indicadores de qualidade**. Rio de Janeiro: MEDSI, 2001. ISBN 85-7199-258-4

ANEXOS

Anexo 1: Guião da entrevista



1º Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Ano Lectivo 2010/2011

GUIÃO DE ENTREVISTA

JOSÉ AUGUSTO PEREIRA GOMES

Porto, Fevereiro de 2011

GUIÃO DA ENTREVISTA

1º Momento: Apresentação, legitimação e esclarecimentos ao participante na entrevista

José Augusto Pereira Gomes, aluno do 2º ano do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, ano lectivo 2010/11, da Escola Superior de Enfermagem do Porto, encontra-se neste momento a elaborar a dissertação com o tema “Percurso para a avaliação da qualidade em unidades de internamento de medicina: resposta para a Reabilitação”, sob a orientação da Professora Doutora Maria Manuela Martins e co-orientação da Mestre Maria Narcisa Gonçalves, com os seguintes objectivos:

- Identificar factores que contribuam para garantir a qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação em unidades de internamento de Medicina.
- Descrever instrumentos utilizados para controlar a qualidade dos cuidados de enfermagem realizados pelos enfermeiros de reabilitação em unidades de internamento de Medicina.
- Analisar as condicionantes do desenvolvimento dos cuidados de enfermagem de reabilitação no que diz respeito às estruturas, processos e resultados.
- Compreender os desenvolvimentos dos cuidados realizados pelos enfermeiros de reabilitação, como fontes de garantia da qualidade na assistência de reabilitação.
- Conceber um caminho para a criação de um instrumento de avaliação do trabalho realizado pelos enfermeiros de reabilitação em unidades de internamento de Medicina que garanta a qualidade de assistência na área da enfermagem de reabilitação.

2º Momento: Obtenção do Consentimento para a realização e gravação da entrevista

A realização do estudo requer a colheita de dados através de entrevistas a profissionais com a especialidade de enfermagem de reabilitação a desempenhar funções em serviços de medicina. Neste sentido solicito a sua colaboração para a realização desta entrevista e a sua gravação para análise de conteúdo, garantindo desde já a confidencialidade das informações e a destruição da mesma após a conclusão do estudo.

Para a realização da entrevista prevê-se uma duração aproximada de 1 hora, que poderá interromper sempre que o desejar.

Se pretender conhecer os resultados do estudo, estes serão facultados a pedido após a sua conclusão.

3º Momento: Caracterização do entrevistado

- Idade: _____
- Vínculo profissional: _____
- Há quantos anos trabalha: _____
- Há quantos anos tem a especialidade: _____
- Há quantos anos trabalha na área da especialidade: _____

4º Momento: Desenvolvimento das questões

Grupo 1 – Como é percebida a qualidade a nível de ESTRUTURA

Questões Principais	Questões Complementares
<p><u>1. RECURSOS MATERIAIS</u></p> <p>1. O que representa para si a qualidade das <u>instalações</u> de uma unidade de internamento para prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação?</p>	<p>1.1. Quanto á qualidade das <u>instalações</u></p> <p>1.2. Quanto aos <u>espaços</u> para a prestação dos serviços de reabilitação</p> <p>1.3. Quanto á qualidade e características dos <u>equipamentos</u></p> <p>1.4. Que <u>equipamentos</u> entende ser necessários para garantir a assistência de reabilitação na especificidade deste serviço</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ajudas técnicas <p>1.5. Que <u>outros</u> recursos materiais deveriam existir para garantir condições de qualidade na assistência de enfermagem de reabilitação?</p>
<p><u>2. RECURSOS HUMANOS</u></p> <p>2. Na sua opinião, qual a importância dos <u>recursos humanos</u> na qualidade de uma unidade de internamento para a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação</p>	<p>2.1. Quanto á <u>quantidade, variedade e qualificação</u> dos enfermeiros</p> <p>2.2. Quanto á <u>quantidade, variedade e qualificação</u> de outros profissionais</p> <ul style="list-style-type: none"> • Médicos (Fisiatra) • Fisioterapeutas • Terapia da fala • Assistência social • TOT • Outros <p>2.3. Que <u>outros</u> aspectos considera importantes a nível dos recursos humanos?</p>
<p><u>3. ESTRUTURA ORGANIZACIONAL</u></p> <p>3. Na sua opinião, qual a importância da <u>estrutura organizacional</u>, para a qualidade de uma unidade de internamento para a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação?</p>	<p>3.1. Quanto á <u>organização</u> das equipas</p> <p>3.2. Quanto á <u>articulação</u> entre os vários profissionais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfermeiros • Médicos (Fisiatra) • Fisioterapeutas • Terapia da fala • Assistência social • TOT • Outros <p>3.2.1. Como deve ser feita essa articulação?</p> <p>3.3. Quanto á existência de funções de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Formação</u> • <u>Ensino</u> • <u>Pesquisa</u> • <u>Investigação</u> <p>3.4. Quanto ao tipo de <u>supervisão</u></p> <p>3.5. Quanto á forma de <u>avaliação de desempenho</u></p> <p>3.6. Quanto aos <u>métodos de pagamento</u></p> <p>3.7. Que <u>outros</u> aspectos considera importantes a nível organizacional?</p>

Grupo 2 – Como é percebida a qualidade a nível de **PROCESSO**

Questões Principais	Questões Complementares
<p><u>1. ACTIVIDADES</u></p> <p>1. Na sua opinião, que actividades deveriam ser avaliadas a nível de cuidados de enfermagem de reabilitação, prestados numa unidade de internamento?</p>	<p>1.1. Quanto a <u>diagnóstico</u></p> <p>1.1.1. Que escalas geralmente utiliza no seu dia-a-dia para fazer os diagnósticos de enfermagem relacionados com a sua intervenção?</p> <p>1.1.2. Que procedimentos realiza para avaliar um doente no momento em que vai iniciar a sua assistência?</p> <p>1.2. Quanto a <u>planeamento</u></p> <p>1.2.1. Como planeia a assistência dos seus doentes para garantir a continuidade dos cuidados mesmo na sua ausência?</p> <p>1.2.2. Habitualmente tem o cuidado de deixar orientações para os enfermeiros generalistas ao longo das 24 horas? E como o faz?</p> <p>1.3. Quanto a <u>tratamento/reabilitação</u></p> <p>1.3.1. Que técnicas habitualmente desenvolve para cada um dos seguintes auto cuidados (auto cuidados segundo a Orem, 1993)?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manutenção de ingestão suficiente de ar • Manutenção de ingestão suficiente de água • Manutenção de ingestão suficiente de alimento • Provisão de cuidados, associada ao processo de eliminação e excreção • Manutenção de equilíbrio entre solidão e interacção social • Prevenção de riscos á vida, funcionamento e bem-estar humano • Manutenção de equilíbrio entre actividades e descanso • Promoção de funcionamento e desenvolvimento humano <p>1.3.2. Como concebe a sua intervenção a partir da dependência do doente? Isto é, habitualmente como intervêm quando o doente é totalmente dependente e parcialmente dependente?</p> <p>1.4. Quanto á <u>educação do doente</u></p> <p>1.4.1. Como desenvolve os ensinios ao doente considerando a sua autonomia e dependência?</p> <p>1.4.2. Que estratégias habitualmente utiliza para ensinar os doentes?</p> <p>1.4.3. Como avalia a aprendizagem do doente?</p> <p>1.5. Quanto á <u>educação da família</u> (Situe-se no ensino feito às famílias face á situação do doente.)</p>

	<p>1.5.1. Habitualmente como inicia o ensino aos familiares?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Planeamento, escolha do familiar, convocatória, negociação do dia, etc. <p>1.5.2. Que estratégias utiliza com os familiares para ensinar o auto cuidado?</p> <p>1.5.3. Que estratégias utiliza com a família para ensinar a vigilância de saúde do doente?</p> <p>1.5.3. Como avalia a aprendizagem da família?</p> <p>1.6. Quanto a <u>aspectos das relações interpessoais</u></p> <p>1.7. Quanto a <u>aspectos técnicos da prática?</u></p> <p>1.8. Que <u>outras</u> actividades relacionadas com prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação deveriam ser avaliadas?</p>
<p><u>2. CONTRIBUIÇÕES PARA O CUIDADOS</u></p> <p>2. O que pensa acerca das contribuições para os cuidados de enfermagem de reabilitação em unidades de internamento?</p>	<p>2.1. Vindas dos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>pacientes</u> • <u>e seus familiares?</u> <p>2.2. Quanto ao trabalho em equipa enquanto processo de assistência entre os vários profissionais de saúde?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfermeiros; • Médicos (Fisiatra); • Fisioterapeutas; • Terapia da fala; • Assistência social; • TOT; • Outros <p>2.3. Na sua opinião, que <u>outros</u> contributos deveriam ser avaliados?</p>

Grupo 3 – Como é percebida a qualidade a nível de **RESULTADOS**

Questões Principais	Questões Complementares
<p>1. Na sua opinião que resultados deveriam ser avaliados, provenientes dos cuidados de enfermagem de reabilitação prestados em unidades de internamento, a nível do indivíduo, da família e da comunidade?</p>	<p>1.1. Quanto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • á <u>mudança</u> do estado de saúde, • aos <u>conhecimentos</u> adquiridos • e aos <u>comportamentos</u> do paciente e família? <p>1.2. Como poderiam ser medidos os ganhos em saúde devidos aos cuidados de enfermagem de reabilitação?</p> <p>1.3. Que <u>outros</u> resultados deveriam ser avaliados?</p>
<p>2. O que pensa acerca da importância da satisfação do Paciente e familiares, com os cuidados de enfermagem de reabilitação prestados em unidades de internamento?</p>	<p>2.1. Quanto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ao <u>atendimento</u> recebido nos cuidados de saúde, • aos <u>resultados</u> dos cuidados de saúde

Grupo 4 – Como é percebida a qualidade a nível de outras características

Questões Principais	Questões Complementares
1. O que pensa acerca da elaboração de indicadores para a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação em unidades de internamento?	1.1. Se sim, que tipo de indicadores?
2. O que pensa acerca da gestão, de cuidados de enfermagem de reabilitação em unidades de internamento, segundo princípios modernos da filosofia da qualidade?	2.1. Como a: <ul style="list-style-type: none">• Melhoria contínua da qualidade• Gestão da qualidade total
3. Na sua opinião, além dos pontos abordados, que outros aspectos deveriam ser avaliados na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação em unidades de internamento?	

5º Momento: finalização da entrevista

Quer acrescentar alguma coisa sobre a qualidade na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação em unidades de internamento?

Para terminar, confirma o conteúdo da entrevista e autoriza a sua utilização para o estudo?

Muito Obrigado pela sua colaboração!

Porto, ____ / ____ / ____

Anexo 2: Consentimento informado

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

José Augusto Pereira Gomes, aluno do 2º ano do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, ano lectivo 2010/11, da Escola Superior de Enfermagem do Porto, encontra-se neste momento a elaborar a dissertação com o tema “Percurso para a avaliação da qualidade em unidades de internamento de medicina: resposta para a Reabilitação”, sob a orientação da Professora Doutora Maria Manuela Martins e co-orientação da Mestre Maria Narcisa Gonçalves, com os seguintes objectivos:

- Identificar factores que contribuam para garantir a qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação em unidades de internamento de Medicina.
- Descrever instrumentos utilizados para controlar a qualidade dos cuidados de enfermagem realizados pelos enfermeiros de reabilitação em unidades de internamento de Medicina.
- Analisar as condicionantes do desenvolvimento dos cuidados de enfermagem de reabilitação no que diz respeito às estruturas, processos e resultados.
- Compreender os desenvolvimentos dos cuidados realizados pelos enfermeiros de reabilitação, como fontes de garantia da qualidade na assistência de reabilitação.
- Conceber um caminho para a criação de um instrumento de avaliação do trabalho realizado pelos enfermeiros de reabilitação em unidades de internamento de Medicina que garanta a qualidade de assistência na área da enfermagem de reabilitação.

O procedimento para recolha de dados a utilizar neste estudo será o recurso a entrevistas, apoiadas por um guião, a enfermeiros de reabilitação.

Eu, _____
aceito participar neste estudo, cujos procedimentos me foram explicados e todas as perguntas que coloquei foram respondidas de forma satisfatória, ciente de que a minha participação é voluntária e de que estou livre de em qualquer momento retirar o meu consentimento sem nenhuma espécie de prejuízo.

Concordo que esta entrevista seja gravada e que as informações que eu fornecer poderão ser utilizadas em trabalhos científicos uma vez que me foi garantido o anonimato e a confidencialidade das respostas, assim como, a entrevista será destruída após conclusão do estudo.

Data: ____ / ____ / ____

Entrevistado: _____

Investigador: _____

Anexo 3: Autorização da Direcção de Enfermagem do Hospital de São João, EPE, para a realização da investigação.

Exma. Senhora
Enfermeira Directora
do hospital de São João, EPE

José Augusto Pereira Gomes, portador do BI nº 9034415, a frequentar o 2º ano do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Enfermagem do Porto, encontra-se neste momento a elaborar a dissertação com o tema “Percurso para a avaliação da qualidade em unidades de internamento de medicina: resposta para a Reabilitação”, sob a orientação da Professora Doutora Maria Manuela Martins e co-orientação da Mestre Maria Narcisa Gonçalves, com os seguintes objectivos:

- Identificar factores que contribuam para garantir a qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação em unidades de internamento.
- Descrever instrumentos utilizados para controlar a qualidade dos cuidados de enfermagem realizados pelos enfermeiros de reabilitação em unidades de internamento.
- Conceber um caminho para a criação de um instrumento de avaliação do trabalho realizado pelos enfermeiros de reabilitação em unidades de internamento.

Considerando que a metodologia a ser empregue neste estudo contempla o recurso a entrevistas a enfermeiros de reabilitação, vem por este meio pedir autorização para entrevistar os enfermeiros com o curso de especialidade de enfermagem de reabilitação a desempenhar funções nos serviços de medicina desta instituição hospitalar.

Desde já agradecendo a atenção dispensada por V. Exa., subscrevo-me com os melhores cumprimentos

Porto, 29 de Novembro de 2010





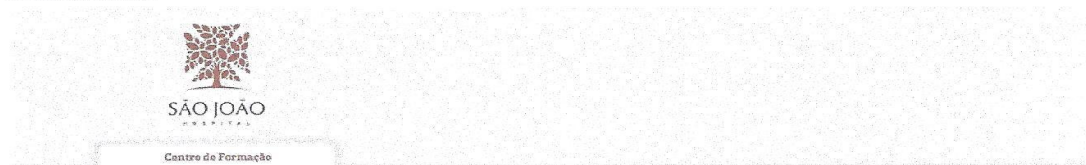
José Gomes <japgomes@gmail.com>

Resposta a pedido de autorização para recolha de dados

1 mensagem

Centro de Formação <centro.formacao@hsjoao.min-saude.pt>
Para: jagpomes@gmail.com

13 de Janeiro de 2011 11:54



Ex.mo Senhor

José Augusto Pereira Gomes

Em referência ao V/ ofício de 29/11/2010, cumpre-nos informar que foi autorizada a recolha de dados nos seguintes Serviços: Medicina A Mulheres, Medicina A Homens, Medicina B Mulheres, Medicina B Homens, Unidade de Doentes Neutropénicos, Unidade Hemato-Oncológica, Doenças Infecciosas, Nefrologia, Neurologia, Pneumologia, Gastroenterologia e Cardiologia.

Com os melhores cumprimentos,

Regina Silveira

Assistente Técnica

T: +351 229512295 ext: 1575

F: +351 229512295

Hospital São João

Alameda Professor Hernâni Monteiro

4200-319 Porto

<https://mail.google.com/mail/?ui=2&ik=fa6809bb9a&view=pt&cat=MEReabilita%C3%A7%...> 18-01-2011

Anexo 4: Proposta de Instrumento de Avaliação da Qualidade da Enfermagem de Reabilitação em Unidades de Internamento (IAQERUI)

Proposta de Instrumento de Avaliação da Qualidade da Enfermagem de Reabilitação em Unidades de Internamento (IAQERUI)

Gomes, José
Martins, Manuela

No sentido de avaliarmos a Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação, solicitamos a sua colaboração no preenchimento deste questionário, garantido desde já a confidencialidade das informações.

Desde já agradecemos a sua colaboração no preenchimento deste instrumento.

Indicações gerais para o preenchimento:

No preenchimento do questionário solicitamos que assinale ☒ relativamente a cada uma das afirmações, onde tem cinco hipóteses possíveis de resposta, consoante se está Totalmente de acordo; De acordo; Indeciso; Em desacordo; ou Totalmente em desacordo.

A Estrutura designa as condições sob as quais os cuidados são prestados (Donabedian, 2003, p. 46).	Totamente em desacordo	Em desacordo	Indeciso	De acordo	Totamente de acordo
1. Os espaços físicos são adequados para a prática de cuidados de Enfermagem de Reabilitação.	1	2	3	4	5
1.1. Os quartos têm o espaço físico suficiente para movimentar uma cadeira de rodas.	1	2	3	4	5
1.2. Os WC têm o espaço físico para utilizar cadeira higiénica e rodar.	1	2	3	4	5
1.3. As unidades dispõem de espaços específicos para desenvolver actividades de Reabilitação.	1	2	3	4	5
2. O ambiente de trabalho é adequado para a prática de cuidados de Enfermagem de Reabilitação.	1	2	3	4	5
2.1. O ruído perturba a prática de cuidados de Enfermagem de Reabilitação.	1	2	3	4	5
2.2. Os espaços são amplos e arejados.	1	2	3	4	5
3. A actualização de equipamentos é efectuada de encontro às necessidades da prática de cuidados de Enfermagem de Reabilitação.	1	2	3	4	5
3.1. As camas são eléctricas e estão actualizadas.	1	2	3	4	5
3.2. Quando necessário são feitas actualizações das ajudas técnicas.	1	2	3	4	5
3.3. Quando é preciso são feitas actualizações das cadeiras, cadeirões, cadeiras de rodas, cadeiras higiénicas e outras.	1	2	3	4	5
4. Existem os equipamentos imprescindíveis para a prática de cuidados de Enfermagem de Reabilitação.	1	2	3	4	5
4.1. Existem Talas de Margareth em número suficiente.	1	2	3	4	5
4.2. Existem almofadas de tamanhos variados e em número suficiente para posicionar os doentes.	1	2	3	4	5
4.3. Existem locais para banho em número suficiente para a dotação do Serviço.	1	2	3	4	5
4.4. Existem materiais de apoio para os cuidados de higiene em número suficiente face à dotação do Serviço (maca de banho, cadeiras sanitárias, etc.)	1	2	3	4	5
4.5. Existem materiais de apoio para as transferências em número suficiente face à dotação do Serviço (elevadores, tábuas de transferência, transferes, cintos, etc.).	1	2	3	4	5

4.6. Existem materiais de apoio para descanso em número suficiente face à dotação do Serviço (cadeiras, cadeirões, etc.)	1	2	3	4	5
4.7. Existem materiais de apoio para estimulação fina e cognitiva em número suficiente face à dotação do Serviço (jogos, materiais lúdico, bolas, molas, etc.)	1	2	3	4	5
4.8. Existem materiais de apoio para locomoção em número suficiente face à dotação do Serviço (pedaleiras, canadianas, andarilhos, tripés, barras paralelas, tapetes, escadas, etc.)	1	2	3	4	5
4.9. Existem materiais de apoio para correcção de postura e facilitação de actividades de equilíbrio em número suficiente face à dotação do Serviço (espelho, bastões, sacos de areia, ortoses, bolas Bobaht, etc.)	1	2	3	4	5
4.10. Existem materiais de preservação da intimidade em número suficiente face à dotação do Serviço (cortinas, biombos, etc.)	1	2	3	4	5
5. Há necessidade de improviso de meios técnicos devido à ausência de equipamentos adequados à prática de cuidados de Enfermagem de Reabilitação para a marcha, motricidade, cinesioterapia e estimulação cognitiva.	1	2	3	4	5
6. O plano de trabalho dos Enfermeiros de Reabilitação é feito:					
6.1. Tendo em conta a situação clínica dos doentes e o tempo necessário para a reabilitação.	1	2	3	4	5
6.2. Pelo número de camas, pelos espaços ou por turnos	1	2	3	4	5
7. A equipa de assistência tem a dotação adequada de enfermeiros para a prática de cuidados de saúde de qualidade.	1	2	3	4	5
7.1. A dotação de enfermeiros de reabilitação é suficiente face às necessidades do serviço	1	2	3	4	5
8. A equipa de assistência tem a constituição adequada de Médicos para a prática de cuidados de saúde de qualidade.	1	2	3	4	5
8.1. Na equipa de assistência existe médicos Fisiatras.	1	2	3	4	5
8.2. Na equipa de assistência existe médicos Neurologistas.	1	2	3	4	5
8.3. Na equipa de assistência só existem médicos Internistas.	1	2	3	4	5
9. A equipa de assistência tem a constituição adequada de Técnicos de saúde para a prática de cuidados de saúde de qualidade.	1	2	3	4	5
9.1. Na equipa de assistência existe Fisioterapeuta.	1	2	3	4	5
9.2. Na equipa de assistência existe Terapeuta da Fala.	1	2	3	4	5
9.3. Na equipa de assistência existe Terapeutas Ocupacionais.	1	2	3	4	5
9.4. Na equipa de assistência existe Assistentes Sociais.	1	2	3	4	5
9.5. Na equipa de assistência existe Nutricionistas ou dietista.	1	2	3	4	5
10. A equipa de assistência tem a constituição adequada de Assistentes operacionais para a prática de cuidados de saúde de qualidade.	1	2	3	4	5
11. Os enfermeiros de Reabilitação frequentam a actividades de:					
11.1. Formação em serviço.	1	2	3	4	5
11.2. Formação contínua.	1	2	3	4	5
12. Na Unidade existem processos de formação .	1	2	3	4	5
12.1. Na Unidade são feitos diagnósticos para a formação em serviço.	1	2	3	4	5
12.2. Na Unidade é feito planeamento para a formação em serviço.	1	2	3	4	5
12.3. Aos novos enfermeiros é efectuada uma integração adequada.	1	2	3	4	5
12.4. Os Enfermeiros de Reabilitação orientam alunos em estágio.	1	2	3	4	5
13. Os Enfermeiros de Reabilitação valorizam a investigação .	1	2	3	4	5
13.1. Existem Enfermeiros de Reabilitação a realizar actividades de investigação.	1	2	3	4	5
13.2. Os Enfermeiros de Reabilitação divulgam resultados de investigação.	1	2	3	4	5
13.3. Os Enfermeiros de Reabilitação colaboram na investigação.	1	2	3	4	5

14. Os protocolos de actuação são importantes para a prática da Enfermagem de Reabilitação.	1	2	3	4	5
14.1. Existem protocolos de actuação para os Enfermeiros de Reabilitação.	1	2	3	4	5
14.2. Existem protocolos de deglutição.	1	2	3	4	5
14.3. Existem protocolos para cateteres centrais.	1	2	3	4	5
14.4. Existem protocolos de levante.	1	2	3	4	5
14.5. Existem protocolos para a continuação de cuidados.	1	2	3	4	5
14.6. Os Enfermeiros de Reabilitação elaboram protocolos de actuação.	1	2	3	4	5

O Processo é entendido como as actividades que constituem os cuidados de saúde (Donabedian, 2003, p. 46)	Totalmente em desacordo	Em desacordo	Indeciso	De acordo	Totalmente de acordo
15. Na fase de diagnóstico é importante os Enfermeiros de Reabilitação efectuarem uma colheita de dados .	1	2	3	4	5
15.1. Na colheita de dados é integrada a actividade motora.	1	2	3	4	5
15.2. Na colheita de dados é integrada a actividade respiratória.	1	2	3	4	5
15.3. Na colheita de dados é integrada a família e o edifício residencial.	1	2	3	4	5
15.4. Na colheita de dados é integrado o exame neurológico.	1	2	3	4	5
16. Os Enfermeiros de Reabilitação valorizam a Documentação da avaliação inicial .	1	2	3	4	5
16.1. Existe na unidade documentos que incluem escalas testadas	1	2	3	4	5
16.2. Existe na unidade documentos experimentais	1	2	3	4	5
17. Os Enfermeiros de Reabilitação estabelecem prioridades na sua prática de cuidados.	1	2	3	4	5
17.1. Os Enfermeiros de Reabilitação estabelecem prioridades de acordo com o grau de dependência.	1	2	3	4	5
17.2. Os Enfermeiros de Reabilitação utilizam critérios para estabelecer prioridades.	1	2	3	4	5
18. Os Enfermeiros de Reabilitação estabelecem um plano de assistência .	1	2	3	4	5
19. Os Enfermeiros de reabilitação implementam intervenções referentes à alimentação .	1	2	3	4	5
19.1. Os Enfermeiros de Reabilitação pesquisam o reflexo de deglutição.	1	2	3	4	5
19.2. Os Enfermeiros de Reabilitação executam treinos da alimentação.	1	2	3	4	5
20. Os Enfermeiros de Reabilitação implementam intervenções referentes:					
20.1. À eliminação vesical.	1	2	3	4	5
20.2. À eliminação Intestinal.	1	2	3	4	5
21. Os Enfermeiros de Reabilitação implementam intervenções referentes à mobilidade .	1	2	3	4	5
21.1. Os Enfermeiros de reabilitação intervêm no levante dos doentes.	1	2	3	4	5
21.2. Os Enfermeiros de reabilitação intervêm no posicionamento.	1	2	3	4	5
21.3. Os Enfermeiros de reabilitação realizam intervenções no âmbito da mobilização.	1	2	3	4	5
21.4. Os Enfermeiros de reabilitação realizam intervenções no âmbito do treino do equilíbrio.	1	2	3	4	5
22. Os Enfermeiros de Reabilitação implementam intervenções no âmbito da promoção da autonomia .	1	2	3	4	5
22.1. Os Enfermeiros de reabilitação promovem a autonomia no autocuidado.	1	2	3	4	5
22.2. Os Enfermeiros de reabilitação desenvolvem acções no sentido de motivar para a reabilitação.	1	2	3	4	5

23. Os Enfermeiros de Reabilitação implementam intervenções referentes à cinesioterapia respiratória .	1	2	3	4	5
23.1. Executam ensinamentos acerca dos tempos respiratórios.	1	2	3	4	5
23.2. Executam a limpeza das vias aéreas.	1	2	3	4	5
23.3. Executam exercícios específicos da cinesioterapia.	1	2	3	4	5
24. Os Enfermeiros de Reabilitação implementam intervenções no âmbito da prevenção de riscos .	1	2	3	4	5
24.1. Implementam intervenções no âmbito da prevenção de lesões de pele.	1	2	3	4	5
24.2. Implementam intervenções no âmbito da prevenção de quedas.	1	2	3	4	5
24.3. Implementam intervenções no âmbito da ergonomia do cuidador.	1	2	3	4	5
25. Os Enfermeiros de Reabilitação implementam intervenções relacionadas com a interacção com a família .	1	2	3	4	5
25.1. Desenvolvem acções no sentido de capacitar os cuidadores.	1	2	3	4	5
25.2. Desenvolvem acções no sentido de reorganizar a família.	1	2	3	4	5
25.3. Proporcionam suporte à vivência da crise.	1	2	3	4	5
25.4. Estabelecem estratégias de ensino junto das famílias.	1	2	3	4	5
26. Os Enfermeiros de Reabilitação implementam intervenções no âmbito da promoção da interacção social .	1	2	3	4	5
26.1. Desenvolvem acções para avaliar as relações.	1	2	3	4	5
26.2. Estabelecem estratégias de interacção social.	1	2	3	4	5
27. Os Enfermeiros de Reabilitação implementam intervenções no âmbito da rede de suporte .	1	2	3	4	5
27.1. Implementam intervenções no âmbito do edifício residencial.	1	2	3	4	5
27.2. Fazem o encaminhamento para a Rede de Cuidados Continuados.	1	2	3	4	5
27.3. Fazem o encaminhamento para o Centro de Saúde.	1	2	3	4	5
28. Os Enfermeiros de Reabilitação participam nos processos de gestão .	1	2	3	4	5
28.1. Fazem planeamento da formação em serviço.	1	2	3	4	5
28.2. Participam na gestão das actividades da unidade.	1	2	3	4	5
28.3. Fazem a coordenação da equipa de cuidados.	1	2	3	4	5
29. Os Enfermeiros de Reabilitação promovem a continuidade do processo de reabilitação .	1	2	3	4	5
29.1. Asseguram a continuidade do processo de reabilitação “in loco”.	1	2	3	4	5
29.2. Asseguram a continuidade do processo de reabilitação na passagem de turno.	1	2	3	4	5
29.3. Asseguram a continuidade do processo de reabilitação através dos registos.	1	2	3	4	5
30. Os enfermeiros de Reabilitação avaliam os resultados no doente .	1	2	3	4	5
30.1. Os Enfermeiros de Reabilitação estabelecem frequências para a avaliação.	1	2	3	4	5
30.2. Os Enfermeiros de Reabilitação avaliam os resultados dos processos de cuidados através de escalas.	1	2	3	4	5
30.3. As avaliações efectuadas pelos Enfermeiros de Reabilitação são subjectivas.	1	2	3	4	5

Os Resultados são tomados no sentido das mudanças (desejáveis ou indesejáveis) nos indivíduos e populações que podem ser atribuídos aos cuidados de saúde (Donabedian, 2003, p. 46)	Totalmente em desacordo	Em desacordo	Indeciso	De acordo	Totalmente de acordo
31. Os Enfermeiros de Reabilitação valorizam as auditorias como instrumento de avaliação da qualidade dos cuidados.	1	2	3	4	5

31.1. Realizam auditorias internas às práticas de Enfermagem de Reabilitação.	1	2	3	4	5
31.2. Realizam auditorias externas às práticas de Enfermagem de Reabilitação.	1	2	3	4	5
32. Os Enfermeiros de Reabilitação utilizam escalas validadas na avaliação da qualidade dos cuidados.	1	2	3	4	5
32.1. Os Enfermeiros de Reabilitação estão sensibilizados para a aplicação de escalas validadas.	1	2	3	4	5
33. Os Enfermeiros de Reabilitação estão sensibilizados para a produção de indicadores de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação.	1	2	3	4	5
33.1. Os Enfermeiros de Reabilitação avaliam os ganhos em autonomia no autocuidado.	1	2	3	4	5
33.2. Os Enfermeiros de Reabilitação avaliam aos ganhos em eficácia funcional.	1	2	3	4	5
33.3. Os Enfermeiros de Reabilitação avaliam aos ganhos em qualidade de vida.	1	2	3	4	5
33.4. Os Enfermeiros de Reabilitação avaliam aos ganhos em conhecimento.	1	2	3	4	5
34. Os Enfermeiros de Reabilitação sentem necessidade de medição da satisfação do doente e família.	1	2	3	4	5
34.1. Os Enfermeiros de Reabilitação avaliam com objectividade as opiniões expressas pelos doentes e familiares.	1	2	3	4	5
34.2. Os Enfermeiros de Reabilitação avaliam a satisfação do doente.	1	2	3	4	5
34.3. Os Enfermeiros de Reabilitação avaliam a satisfação da Família.	1	2	3	4	5
35. Os enfermeiros de Reabilitação consideram importante a avaliação de desempenho.	1	2	3	4	5
35.1. Os Enfermeiros de Reabilitação fazem auto-avaliação das suas práticas.	1	2	3	4	5
35.2. Os Enfermeiros de Reabilitação são sujeitos a avaliação no sentido da melhoria contínua das práticas de Enfermagem de Reabilitação.	1	2	3	4	5
35.3. Os Enfermeiros de Reabilitação fazem supervisão de desempenho.	1	2	3	4	5
35.4. Os Enfermeiros de Reabilitação são sujeitos a supervisão de desempenho.	1	2	3	4	5